**Harmonogram udzielania wsparcia w Projekcie**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wsparcia** | **Data i godzina szkolenia** | **Miejsce szkolenia** | **Planowana liczba uczestników w grupie** |
| 1. | Spotkanie Sieci Centrów Symulacji Medycznych w formie on - line |  **26.11.2021 r.** **godz. 10.00 – 15.00** | Collegium Medicum w Bydgoszczy, Centrum Symulacji Medycznych ul. Kurpińskiego 19 Bydgoszczw formie on - line | 50 |