“ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТЭГШ БАЙДЛЫН МАНЛАЙЛАГЧИД” ТӨСЛИЙН МАЯГТ

|  |
| --- |
| Байгууллагын мэдээлэл |

Байгууллагын нэр:

Байгууллагын удирдлагын нэр:

Төсөл удирдах хүний нэр:

Албан тушаал:

Хаяг:

Утас:

Гар утас:

Э-шуудан:

Нийт төсөв: 20’000’000 төгрөг Төслийн үргэлжлэх хугацаа: Нийт 4 сар

|  |
| --- |
| Төслийн хэрэгцээ, шаардлага |

Эрүүл мэндийн тэгш байдлыг хангах, эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг тэгш хүртээмжтэй хүргэхэд тулгарч байгаа саад бэрхшээл, хүндрэлийн талаар **нийт 300 үгэнд** багтаан бичнэ үү.

|  |
| --- |
| /300 үг/ |

|  |
| --- |
| Зорилго, зорилтот бүлэг, үр дүн |

Төслийн зорилго, зорилт, зорилтот бүлэг, хүлээгдэж буй үр дүн, мөн залгамж чанарын талаар **нийт 500 үгэнд** багтаан бичнэ үү.

Зорилго:

Зорилт:

Зорилтот бүлэг:

Үр дүн:

Залгамж чанар:

|  |
| --- |
| Үйл ажиллагааны төлөвлөгөө |

Төслийн хүрээнд хийгдэх үйл ажиллагааг дараах хүснэгтэд оруулна уу.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дд** | **Хийх ажил** | **Хэрэгжүүлэх**  **арга хэмжээ** | **Гарах**  **үр дүн** | **Хугацаа** | **Нэмэлт тайлбар** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Төсвийн задаргаа |

Үйл ажиллагаанд шаардагдах төсвийн задаргааг оруулна уу. Төсөвт өдөр тутмын үйл ажиллагаатай холбоотой компьютер, принтер зэрэг тоног төхөөрөмжийг оруулахгүй. Нийт төсөв: 20,000,000₮

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дд** | **Зардлын төрөл** | **Хэмжих нэгж** | **Тоо ш** | **Нэгж үнэ** | **Нийт үнэ** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Байгууллагын танилцуулга |
|  |

**Гарын үсэг, тамга**:

**Нэр**:

**Албан тушаал**:

**Огноо**: