

.....  
 (pieczęć podmiotu leczniczego)

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO-FINANSOWE  
 (CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE)  
 Z REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO**

.....  
 (nazwa programu)

w okresie od ..... do .....

**I. PRZEBIEG KAMPANII INFORMACYJNO - EDUKACYJNEJ REALIZOWANEJ W PROGRAMIE.**

--

**II. REALIZACJA PROGRAMU ZDROWOTNEGO W UJĘCIU TABELARYCZNYM I OPISOWYM**

L P.	LICZBA UZYSKANYCH ZGÓD RODZICÓW/OP IEKUNÓW PRAWNYCH	LICZBA BADAŃ/KWALIFIKACJI DZIECI	LICZBA DZIECI ZASZCZEPIONYCH	
			CHŁOPCY	DZIEWCZYNKI
<b>Ogółem:</b>				

**OPIS.** .....

.....

.....

.....

.....

**III. PONIESIONE KOSZTY NA REALIZACJĘ ZADANIA**

LP	RODZAJ KOSZTÓW	IŁOŚĆ JEDNOSTKOWA	KOSZT JEDNOSTKOWY	RODZAJ MIARY	KOSZT FINANSOWY CAŁKOWITY

**Załączniki do sprawozdania końcowego:**

Wykaz beneficjentów u których przeprowadzono szczepienie, (imię i nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, data przeprowadzenia szczepienia).

**Załączniki należy dostarczyć w zamkniętej kopercie do Urzędu Miasta Ustroń, 43-450 Ustroń, ul. Rynek 1, pokój nr 25 lub przesłać drogą pocztową na ww. adres. Na kopercie umieścić dopisek: „NIE OTWIERAĆ, DOSTARCZYĆ DO RAK WŁASNYCH NACZELNIKA WYDZIAŁU ŚRODOWISKA I ROLNICTWA”.**