Wzór nr 3

…………………………………………………………………..

(pieczęć podmiotu leczniczego)

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO-FINANSOWE**

**(CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE)**

**Z REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

(nazwa Programu)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. PRZEBIEG KAMPANII INFORMACYJNO-EDUKACYJNEJ REALIZOWANEJ WPROGRAMIE.
2. REALIZACJA PROGRAMU ZDROWOTNEGO W UJĘCIU TABELARYCZNYM I OPISOWYM.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Liczba uzyskanych zgód rodziców/opiekunów prawnych | Liczba badań / kwalifikacji dzieci powyżej roku | Liczba dzieci zaszczepionych |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Liczba badań / kwalifikacji osób dorosłych  | Liczba osób zaszczepionych |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. PONIESIONE KOSZTY NA REALIZACJĘ ZADANIA.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p.  | Rodzaj kosztów | Ilość Jednostkowa | Koszt jednostkowy | Rodzaj miary | Koszt finansowy całkowity |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………..

(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)