**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO-FINANSOWE**

 **(CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE)**

**Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

.......................................................................................................................................

(nazwa programu)

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

##

**I. PRZEBIEG AKCJI INFORMACYJNO-PROMOCYJNEJ WRAZ Z INFORMACJĄ O MATERIAŁACH EDUKACYJNYCH WYKORZYSTANYCH W PROGRAMIE**

|  |
| --- |
|  |

**II. PRZEBIEG EDUKACJI ZDROWOTNEJ SKIEROWANEJ DO OSÓB OBJĘTYCH PROGRAMEM**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MIEJSCE | DATA | LICZBA UCZESTNIKÓW | KOSZT EDUKACJI\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **PRZEBIEG SZCZEPIEŃ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | LICZBA UZYSKANYCH ZGÓD RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH | LICZBA BADAŃ/KWALIFIKACJI  | REALIZACJA SZCZEPIEŃ |
| LICZBA ZASZCZEPIONYCH | ILOŚĆ DAWEK |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**IV.PONIESIONE KOSZTY NA REALIZACJĘ ZADANIA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | RODZAJ KOSZTÓW | ILOŚĆ JEDNOSTKOWA | KOSZT JEDNOSTKOWY | RODZAJ MIARY | KOSZT FINANSOWY CAŁKOWITY |
|  |  |  |  |  |  |

**Załączniki do sprawozdania końcowego:**

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

*PODAĆ OGÓLNĄ LICZBĘ ZASZCZEPIONYCH OSÓB – PODZIELIĆ NA KOBIETY I MĘŻCZYZN*

1. Oświadczenia o wyrażeniu zgody na przekazywanie danych osobowych.

## *Załączniki należy dostarczyć w zamkniętej kopercie do Urzędu Miejskiego w Myśliborzu – Biuro Obsługi Interesanta ul. Rynek im. Jana Pawła II 1 lub przesłać drogą pocztową na adres Urząd Miejski ul. Rynek im. Jana Pawła II 1 74-300 Myślibórz.*