

.....  
(pieczęćka firmowa Świadczeniodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

**SPRAWOZDANIE FINANSOWE ROCZNE**  
**z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zachorowań na grypę**  
**na terenie Miasta Międzyrzec Podlaski” na rok 2018**

***I. Informacje ogólne***

1. Czy program polityki zdrowotnej był realizowany zgodnie z umową zawartą pomiędzy Miastem Międzyrzec Podlaski , a Świadczeniodawcą?  
TAK  NIE
2. Czy w realizacji programu uczestniczyły osoby wskazane w ofercie.  
TAK  NIE

***Uwagi***

***II. Informacje o programie***

1. Okres realizacji świadczeń:

2. Zrealizowane działania informacyjne:

3. Narzędzia monitorowania zastosowane do bieżącej kontroli realizacji programu:

4. Wyniki realizacji programu:

- Liczba przeprowadzonych spotkań edukacyjnych dla beneficjentów programu	
- Liczba beneficjentów, którzy wzięli udział w spotkaniach edukacyjnych	
- Liczba przeprowadzonych spotkań edukacyjnych dla ogółu mieszkańców miasta Międzyrzec Podlaski	
- Liczba mieszkańców Miasta Międzyrzec Podlaski, którzy wzięli udział w spotkaniach edukacyjnych	
- Liczba osób, u których wykonano lekarskie badanie kwalifikacyjne	
- Liczba osób, którym podano szczepionkę	
- Liczba osób, które nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań lekarskich	
- Liczba osób, które nie wyraziły zgody na szczepienie	
Ilość materiałów dydaktycznych wykorzystanych w programie, w tym przekazanych uczestnikom programu (proszę wymienić wg rodzaju)	
- .....	
- .....	

5. Wnioski z realizacji programu:

**III. Rozliczenie finansowe programu:**

1. Koszt realizacji Programu zgodnie z zawartą umową:	
2. Kwota łączna wydatkowana na realizację Programu:	
3. Kwoty wydatkowane na realizację Programu w poszczególnych miesiącach: miesiąc - ..... miesiąc - ..... miesiąc - ..... miesiąc - ..... miesiąc - ..... miesiąc - .....	
4. Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w Programie: nie wykorzystano z powodu (uzasadnienie): ..... ..... ..... ..... .....	

**IV. Dodatkowe informacje**

.....

.....

**V. Załączniki:**

*(materiały informacyjno-edukacyjne wykorzystywane w programie, informacje prasowe, publikacje i in.).*

1. ....

2. ....

3. ....

.....

podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych  
do reprezentowania Realizatora programu

**BURMISTRZ MIASTA**

Zbigniew Kot

