

.....  
(pieczęć Świadczeniodawcy)

.....  
(miejsowość, data)

**SPRAWOZDANIE FINANSOWE MIESIĘCZNE**  
**z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zachorowań na grype**  
**na terenie Miasta Międzyrzec Podlaski” na rok 2020**

1. Okres realizacji programu:

--

2. Działania z zakresu edukacji zdrowotnej skierowane do beneficjentów ( 60 r.ż. i powyżej) przeprowadzone na terenie Miasta Międzyrzec Podlaski:

Lp.	Miejsce	Data	Liczba uczestników	Uwagi

3. Wykonanie szczepień:

Liczba uzyskanych zgód	Liczba lekarskich badań kwalifikacyjnych	Realizacja szczepień
		Liczba zaszczepionych osób

4. Koszty miesięczne

(Wynagrodzenie za dany okres miesięczny obliczane jest jako iloczyn jednostkowego kosztu świadczenia (stawka wymieniona w Ofercie) x liczba świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt. 5 lit. b umowy oraz działań edukacyjnych, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt. 2 umowy zrealizowanych w tym okresie.)

--

.....  
pieczęć i podpis

**BURMISTRZ MIASTA**

  
**Zbigniew Kot**