



(pieczęćka oferenta)

Załącznik nr 3  
do Umowy

.....  
(miejsowość, data)

#### FORMULARZ SPRAWOZDANIA MIESIĘCZNEGO

### **„PROGRAM PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE BIAŁE BŁOTA” na lata 2020 - 2025**

#### I. Informacje ogólne

1. Czy program polityki zdrowotnej był realizowany zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gmina Białe Błota, a Realizatorem?

TAK

NIE

2. Czy w realizacji programu uczestniczyły osoby wskazane w ofercie.

TAK

NIE

#### II. Informacje o programie

1. Realizacja świadczeń za miesiąc:

--

2. Zrealizowane działania edukacyjne:

--

**3. Wyniki realizacji programu:**

Liczba dziewcząt, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych	
Liczba chłopców, którzy wzięli udział w działaniach edukacyjnych	
Liczba rodziców/opiekunów, którzy wzięli udział w działaniach edukacyjnych	
Liczba dziewcząt , u których wykonano lekarskie badanie kwalifikacyjne	
Liczba dziewcząt, które otrzymały I dawkę szczepionki	
Liczba dziewcząt, które otrzymały II dawki szczepionki	
Liczba dziewcząt, które nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań lekarskich	
Liczba dziewcząt, których rodzice/opiekunowie prawni nie wyrazili zgody na szczepienie	

**5. Wnioski z realizacji programu:**

--

**III. Dodatkowe informacje**

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

.....

*(podpis i pieczętka osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Realizatora)*