



(pieczęćka oferenta)

Załącznik nr 4
do Umowy

.....
(miejsowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO

„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. Okres realizacji świadczeń:

| |
|--|
| |
|--|

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. Rozliczenie finansowe programu:

| | | |
|---|---|--|
| Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową (brutto) | | |
| Kwota wydatkowana na realizację programu (brutto) | Koszt brutto działań edukacyjnych | |
| | Koszt brutto wykonanych świadczeń zdrowotnych (szczepień) | |
| | RAZEM | |
| Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie (brutto) | | |

IV. Dodatkowe informacje

.....

.....

.....

.....

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Realizatora)