



(pieczęć realizatora)

Załącznik nr 3  
do umowy

.....  
(miejsowość, data)

#### FORMULARZ SPRAWOZDANIA MIESIĘCZNEGO

### **„Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Białe Błota w wieku powyżej 65 lat realizowany w latach 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. Zrealizowane działania informacyjno - promocyjne:**

--

**4. Wyniki realizacji programu:**

Liczba osób które wzięły udział w działaniach edukacyjnych	
Liczba wykonanych badań kwalifikacyjnych w programie	
Liczba pacjentów zakwalifikowanych do szczepień	
Liczba zaszczepionych pacjentów	
Liczba pacjentów ze stwierdzonym przeciwwskazaniem do szczepień	

**5. Wnioski z realizacji programu:**

--

**III. Dodatkowe informacje**

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

.....

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