*(pieczątka oferenta)* 

Załącznik nr 3

do Umowy

………………………..

 *(miejscowość, 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 pieczątka osoby/osób upoważnionych*

 *do reprezentowania Realizatora)*