*(pieczątka realizatora)* 

Załącznik nr 3

do umowy

………………………..

*(miejscowość, 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 pieczątka osoby/osób upoważnionych*

*do reprezentowania Realizatora)*