*(pieczątka realizatora)* 

Załącznik nr 4

do umowy

………………………..

 *(miejscowość, data)*

FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO

**,,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. Okres realizacji świadczeń:

|  |
| --- |
|  |

**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.** Rozliczenie finansowe programu:

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

**IV.** Dodatkowe informacje

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

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

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

*(podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych*

 *do reprezentowania Realizatora)*