*Załącznik Nr 4 do Ogłoszenia*

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

*Pieczęć firmowa Oferenta*

***WZÓR SPRAWOZDANIA* MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO**

**SPRAWOZDANIE**

**CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE\* MERYTORYCZNO-FINANSOWE**

**realizacji w latach 2024-2026 programu polityki zdrowotnej pn.**

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciwko  
kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców Powiatu Radomskiego na lata 2024-2026"**

**I. Ocena merytoryczna zadania**

1. Nazwa podmiotu realizującego zadanie

|  |  |
| --- | --- |
| Pełna nazwa oferenta: |  |
| Numer NIP: | Numer REGON: |

2. Dokładny adres podmiotu realizującego zadanie

|  |  |
| --- | --- |
| miejscowość: | ulica: |
| kod pocztowy: | poczta: |
| nr telefonu: | e-mail: |
| www: | skrzynka ePUAP: |

3. Imię i nazwisko, nr telefonu i adres email osoby odpowiedzialnej za realizację programu

|  |
| --- |
|  |

4. Czas realizacji zadania (data rozpoczęcia, data zakończenia)

|  |
| --- |
|  |

5. Charakterystyka populacji objętej zadaniem

|  |
| --- |
|  |

6. Opis przebiegu realizacji zadania

|  |
| --- |
|  |

7. Liczba osób, która skorzystała ze świadczeń zdrowotnych w ramach zadania

|  |
| --- |
|  |

8. Wyniki z realizacji zadania (np. na podstawie pre i post-testów oraz ankiet): ocena efektów

|  |
| --- |
|  |

**II. Rozliczenie finansowe zadania**

Zestawienie faktur (rachunków)

Tabela 1 – Koszty dotyczące wynagrodzenia realizatora programu

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Numer pozycji kosztorysu** | **Nazwa kosztu** | **Kwota kosztów poniesionych w programie** | **Data i sposób zapłaty** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| RAZEM | | |  |  |

Tabela 2 – Koszty poniesione w programie z pominięciem wynagrodzenia realizatora programu

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nr dokumentu księgowego** | **Numer pozycji kosztorysu** | **Data wystawienia dokumentu księgowego** | **Nazwa kosztu** | **Kwota (zł) ogółem** | **Kwota kosztów poniesionych w programie** | **Data i sposób zapłaty** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM | | | | |  |  |  |

**Kwota kosztów poniesionych w programie (suma tabela 1 i tabela 2): ……… zł**

Uwagi:

|  |
| --- |
|  |

……........................................................ ……........................................................

miejscowość, data podpis osoby upoważnionej

\* niewłaściwe skreślić