

Załącznik nr 2 do umowy na realizację programu polityki zdrowotnej

(Pieczętka nagłówkowa Przyjmującego zamówienie)

Kraków, dnia r.

Sprawozdanie z realizacji „Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa” za miesiąc *..... rok

Realizator Programu:(nazwa realizatora programu).

Program realizowany był na podstawie Umowy Nr W//...../BZ//.....(rok), zawartej w dniu roku.....

Miejsce realizacji Programu:.....
(należy wskazać dokładny adres gabinetu/gabinetów, w którym/których realizowany był Program)

Czas realizacji Programu: od dniado dnia.....

Ilość uczniów (mieszkańców Miasta Krakowa) objętych Programem w roku

.....osób, w tym:dziewczynek.....chłopców:

Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w danej szkole/placówce:

Rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych w danej szkole/placówce:

Łączna liczba godzin udzielania świadczeń w danej szkole/placówce:

W przypadku udzielania świadczeń w więcej niż jednej szkole obowiązuje zbiorcza informacja dot. udzielania świadczeń za każdy miesiąc w formie tabeli wg poniższego wzoru:

Lp.	Nazwa szkoły/placówki i adres	Dni i godziny pracy pielęgniarki	Łączna liczba dni w miesiącu	Łączna liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu	Łączny koszt zrealizowanych świadczeń (uwzględniający stawkę 30 zł/1 godz.)	Wskazanie daty dni ustalonych w każdej szkole jako dni wolne od nauki w danym miesiącu	Uwagi
1.							
2.							
3.							
OGÓŁEM:							

Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Udzielającego zamówienie danych zawartych w sprawozdaniu z realizacji Programu.

.....
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej do reprezentacji Przyjmującego zamówienie)

* Nazwę miesiąca należy wpisać słownie;