

Nazwa Programu	<i>Proszę wpisać nazwę Programu</i>
-----------------------	-------------------------------------

Realizator Programu	<i>Proszę wpisać nazwę realizatora programu</i>
----------------------------	---

Nazwisko i imię oraz tel. kontaktowy osoby odpowiedzialnej za realizację Programu (przesyłającej sprawozdanie)	<i>Proszę wpisać</i>
---	----------------------

Miesiąc:	Liczba pacjentów oczekujących na udział w Programie (zarejestrowanych)	Liczba pacjentów w trakcie badań w ramach Programu	Liczba przebadanych pacjentów w ramach Programu (którzy zakończyli swój udział)
Czerwiec			
Lipiec			
Sierpień			
Wrzesień			
Październik			
Listopad			
Grudzień			
RAZEM:			

Sposób przesyłania sprawozdania:

Niniejsze sprawozdanie opracowane w wersji elektronicznej należy przesyłać do dnia 5 dnia każdego następnego miesiąca realizacji zawartej umowy (za miesiąc poprzedni, według stanu na ostatni dzień miesiąca, narastająco) tylko w wersji elektronicznej na adres: bz.umk@um.krakow.pl

W temacie przesyłanej wiadomości należy wpisać kolejno:

- nazwę realizatora Programu
- oznaczenie miesiąca, za który przesyłane są informacje

W przypadku ewentualnych wątpliwości prosimy o bezpośredni kontakt z Referatem Zdrowia Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa, pod Nr tel.: (0..12) 616-94-90

UWAGA!

Obowiązek systematycznego przesyłania sprawozdań miesięcznych wynika z § 2 pkt 2 zawartej umowy.