

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>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------

Stan na:	Liczba pacjentów oczekujących na udział w Programie (zarejestrowanych)	Liczba pacjentów w trakcie badań ramach Programu	Liczba przebadanych pacjentów w ramach Programu (którzy zakończyli swój udział)
30 czerwca 2009 r.			
30 września 2009 r.			
RAZEM:			

Ewentualne uwagi dotyczące realizacji Programu:

Sposób przesyłania sprawozdania:

Niniejsze sprawozdanie przysyłać należy do 5 dnia pierwszego miesiąca następnego kwartału realizacji zawartej umowy (z danymi obejmującymi wszystkie miesiące kwartału, według stanu na ostatni dzień kwartału, narastająco) w wersji elektronicznej na adres: bz.umk@um.krakow.pl oraz w wersji pisemnej (z pieczętką i podpisem Kierownika Zakładu) na adres: Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urząd Miasta Krakowa, al. Powstania Warszawskiego 10, 31-549 Kraków

W temacie przesyłanej wiadomości należy wpisać kolejno:

- nazwę realizatora Programu
- oznaczenie kwartału, 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 3 zawartej umowy.