

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO-FINANSOWE
(CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE)
Z REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO**

.....
(nazwa Programu)

I. PRZEBIEG KAMPANII INFORMACYJNO-EDUKACYJNEJ REALIZOWANEJ WPROGRAMIE.

II. REALIZACJA PROGRAMU ZDROWOTNEGO W UJĘCIU TABELARYCZNYM I OPISOWYM.

I.p.	Liczba uzyskanych zgód rodziców/opiekunów prawnych	Liczba badań / kwalifikacji dzieci powyżej roku	Liczba dzieci zaszczepionych
L.p.	Liczba badań / kwalifikacji osób dorosłych	Liczba osób zaszczepionych	

III. PONIESIONE KOSZTY NA REALIZACJĘ ZADANIA.

I.p.	Rodzaj kosztów	Ilość Jednostkowa	Koszt jednostkowy	Rodzaj miary	Koszt finansowy całkowity

.....
(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)