

**Sprawozdanie merytoryczno-finansowe
z realizacji w 2014 r. programu zdrowotnego „Terapia przeciwobrzękowa dla
kobiet po mastektomii na lata 2012 - 2015”.**

1. Ocena merytoryczna programu

1. Nazwa podmiotu realizującego program:

.....

2. Dokładny adres podmiotu realizującego program:

.....

3. Osoba odpowiedzialna za realizację programu:

.....

4. Czas realizacji zadania:

Data rozpoczęcia programu:.....

Data zakończenia programu:.....

5. Charakterystyka populacji objętej programem:

.....

.....

.....

.....

.....

6. Opis przebiegu realizacji zadań programowych:

.....

.....

.....

.....

.....

7. Liczba osób, która skorzystała ze świadczeń zdrowotnych w ramach programu zdrowotnego:

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

8. Wyniki z realizacji programu zdrowotnego (np. na podstawie ankiet): ocena efektów terapeutycznych:

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

II. Rozliczenie finansowe programu

Zestawienie faktur (rachunków):

Lp.	Rodzaj kosztów związanych z realizacją zadania (numer pozycji kosztorysu - zgodnie z ofertą)	Numer dokumentu księgowego)	Ilość jednostek (szt.)	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Koszt całkowity brutto (zł)
RAZEM					

Uwagi:

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej