

WZÓR

.....
(pieczęć oferenta)

.....
Data i miejsce złożenia sprawozdania
(wypełnia organ administracji publicznej)

**SPRAWOZDANIE CZĘŚCIOWE/KOŃCOWE* MERYTORYCZNO-FINANSOWE
z realizacji zadania - programu polityki zdrowotnej pn.
„Terapia przeciwobrzękowa dla kobiet po mastektomii”**

I. Ocena merytoryczna zadania

1. Nazwa podmiotu realizującego zadanie

Pełna nazwa:	
Numer NIP:	Numer REGON:

2. Dokładny adres podmiotu realizującego zadanie

miejsowość:	ulica:
kod pocztowy:	poczta:
nr telefonu:	fax:
e-mail:	www:

3. Nazwisko i imię osoby odpowiedzialnej za realizację zadania

--

4. Czas realizacji zadania (data rozpoczęcia, data zakończenia)

--

5. Charakterystyka populacji objętej zadaniem

--

6. Opis przebiegu realizacji zadania

--

7. Liczba osób, która skorzystała ze świadczeń zdrowotnych w ramach zadania

--

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

--

II. Rozliczenie finansowe zadania

Zestawienie faktur (rachunków)

Tabela 1 – Koszty dotyczące wynagrodzenia realizatora programu

Lp.	Numer pozycji kosztorysu	Nazwa kosztu	Kwota kosztów poniesionych w programie	Data i sposób zapłaty
RAZEM				

Tabela 2 – Koszty poniesione w programie z pominięciem wynagrodzenia realizatora programu

Lp.	Nr dokumentu księgowego	Numer pozycji kosztorysu	Data wystawienia dokumentu księgowego	Nazwa kosztu	Kwota (zł) ogółem	Kwota kosztów poniesionych w programie	Data i sposób zapłaty
RAZEM							

Kwota kosztów poniesionych w programie (suma tabela 1 i tabela 2): zł

Uwagi:

.....
miejscość, data

.....
podpis osoby upoważnionej

* niewłaściwe skreślić