**Załącznik nr 2** do umowy na realizację programu polityki zdrowotnej

*(Pieczątka nagłówkowa Przyjmującego zamówienie)*

**Kraków, dnia ………………………... r.**

**Sprawozdanie z realizacji „Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa” za miesiąc \*………………………… rok ………………**

**Realizator Programu:** ……………………………………………………………………(nazwa realizatora programu).

Program realizowany był na podstawie Umowy Nr W/I/……./BZ/…./..….(rok), zawartej w dniu ……… roku…….

**Miejsce realizacji Programu:**………………………………………………………………………………………... (należy wskazać dokładny adres gabinetu/gabinetów, w którym/których realizowany był Program)

**Czas realizacji Programu:** od dnia ………… do dnia …………… 2018 r.

**Liczba uczniów (mieszkańców Miasta Krakowa) objętych Programem w roku 2018:**

………………..osób, w tym: ……………..dziewczynek…………….chłopców:

**Liczba udzielonych świadczeń zdrowotnych w danej szkole/placówce: ………………………………………**

**Rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych w danej szkole/placówce: ………………………………………**

 **………………………………………**

**Łączna liczba godzin udzielania świadczeń w danej szkole/placówce: ………………………………………**

**W przypadku udzielania świadczeń w więcej niż jednej szkole obowiązuje zbiorcza informacja dot. udzielania świadczeń za każdy miesiąc w formie tabeli wg poniższego wzoru:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa szkoły/placówkii adres** | **Dni i godziny pracy pielęgniarki** | **Łączna liczba dni w miesiącu** | **Łączna liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu** | **Łączny koszt zrealizowanych świadczeń (uwzględniający stawkę 45 zł/1 godz.)** | **Wskazanie daty dni ustalonych w każdej szkole jako dni wolne od nauki w danym miesiącu** | **Uwagi** |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM:** |  |  |  |  |  |  |

*Wyrażam zgodę na wykorzystanie przez Udzielającego zamówienie danych zawartych w sprawozdaniu z realizacji Programu.*

………………………………………………………………

***(podpis i pieczątka osoby upoważnionej***

***do reprezentacji Przyjmującego zamówienie)***

***\* Nazwę miesiąca należy wpisać słownie;***