

Załącznik Nr 3 do umowy na realizację „Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa”.

.....
(Pieczętka nagłówkowa Przyjmującego zamówienie)

Kraków, dnia r.

Sprawozdanie z realizacji „Programu wyrównywania dostępności opieki zdrowotnej w miejscu nauczania i wychowania na terenie Miasta Krakowa”.

Realizator programu:(nazwa realizatora programu).

Program realizowany był na podstawie umowy Nr W/I/...../BZ/.../2012, zawartej w dniu2012 r.

Miejsce realizacji programu:..... (dokładny adres gabinetu/gabinetów, w którym/których realizowany był Program)

Czas realizacji Programu: od dnia 3 września 2012 r.....

Ilość uczniów (mieszkańców Miasta Krakowa) objętych Programem w roku 2012/2013:

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

Wiek	Dziewczynki	Chłopcy	Łącznie

/* - wg rocznika/

Ilość udzielonych świadczeń zdrowotnych:.....

Rodzaj udzielonych świadczeń zdrowotnych:.....

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

.....
(podpis i pieczętka osoby upoważnionej do reprezentacji Przyjmującego zamówienie)