

Dzielnica	/proszę wpisać nr Dzielnicę/
------------------	------------------------------

Nazwa Programu	/proszę wpisać nazwę programu wg § 2 umowy/
-----------------------	---

Realizator Programu	/proszę wpisać nazwę realizatora/ /proszę przybić pieczęć nagłówkową/
----------------------------	--

Nazwisko i imię oraz tel. kontaktowy osoby odpowiedzialnej za realizację Programu (przesyłającej informacje)	/proszę wpisać nazwę realizatora/
---	-----------------------------------

Stan na:	Ilość pacjentów oczekujących na udział w Programie (zarejestrowanych)	Ilość pacjentów w trakcie realizacji badań w ramach Programu	Ilość przebadanych pacjentów w ramach Programu (którzy zakończyli swój udział)
30 czerwca 2008 r.			
30 września 2008 r.			
RAZEM:			

Ewentualne uwagi dotyczące realizacji Programu:

Sposób przysyłania sprawozdania:

Niniejsze sprawozdanie opracowane w wersji elektronicznej należy przysyłać do 5 dnia pierwszego miesiąca następnego kwartału realizacji zawartej umowy (z danymi obejmującymi wszystkie miesiące kwartału, według stanu na ostatni dzień miesiąca, w przypadku ilości przebadanych pacjentów narastająco) w wersji elektronicznej na adres zdrowadz@um.krakow.pl oraz w formie pisemnej na adres: Biuro ds. Ochrony Zdrowia Urząd Miasta Krakowa, al. Powstania Warszawskiego 10, 31-549 Kraków.

W temacie przysyłanej wiadomości należy wpisać kolejno: nazwę miesiąca, nr Dzielnicę, nazwa Realizatora Programu (za który przysyłane są informacje) np. **maj Dzielnica 1, N ZOZ.....**

W przypadku ewentualnych wątpliwości prosimy o bezpośredni kontakt z Referatem Zdrowia Biura ds. Ochrony Zdrowia Urzędu Miasta Krakowa: nr tel. (0..12) 616-94-90 / -91

Uwaga!

Obowiązek systematycznego przysyłania sprawozdań kwartalnych wynika z § 3 pkt 3 zawartej umowy.