

Dzielnica	/proszę wpisać nr Dzielniczy/
------------------	-------------------------------

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

Realizator Programu	/proszę wpisać nazwę realizatora/
----------------------------	-----------------------------------

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

Miesiąc	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)
Maj			
Czerwiec			
Lipiec			
Sierpień			
Wrzesień			
Październik			
Listopad			
Grudzień			
RAZEM:			

Sposób przesyłania sprawozdania:
Niniejsze sprawozdanie opracowane w wersji elektronicznej należy przysyłać do 5 dnia każdego następnego miesiąca realizacji zawartej umowy (za miesiąc poprzedni, według stanu na ostatni dzień miesiąca, w <u>przypadku ilości przebadanych pacjentów narastająco</u>) tylko w wersji elektronicznej na adres zdrowadz@um.krakow.pl
W temacie przesyłanej wiadomości należy wpisać kolejno: nazwę miesiąca, nr Dzielniczy, nazwa Realizatora Programu (za który przesyłane 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 przesyłania sprawozdań miesięcznych wynika z § 3 pkt 2 zawartej umowy.