*Załącznik nr 3*

*do ogłoszenia konkursu ofert*

..............................................

Pieczątka firmowa oferenta

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO-FINANSOWE**

**Z REALIZACJI PROGRAMU ZDROWOTNEGO W ROKU 2017**

**pn. „*Program polityki zdrowotnej na lata 2017-2018***

***w zakresie szczepień ochronnych przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci z terenu miasta Malborka urodzonych w 2015-2016 roku*”**

szczegółowo określonego Umową Nr ….......................... z dnia …..........................

1. **PRZEBIEG KAMPANII INFORMACYJNO-EDUKACYJNEJ REALIZOWANEJ W PROGRAMIE:**

|  |
| --- |
|  |

1. **REALIZACJA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba uzyskanych zgód rodziców/opiekunów prawnych |  |
| Liczba badań/kwalifikacji |  |
| Liczba dzieci zaszczepionych ogółem,  w tym: |  |
| a) chłopcy |  |
| b) dziewczynki |  |

1. **FAKTYCZNIE PONIESIONE KOSZTY ZWIĄZANE Z REALIZACJĄ PROGRAMU:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | **Koszty wykonania szczepienia**  **u jednego dziecka**  (*koszt badania lekarskiego + koszt wykonania szczepienia + koszt zakupu szczepionki + koszty organizacyjne*) | **Koszt jednostkowy brutto:**  …................................ zł  w tym: |
| a) badanie lekarskie:  …..…........... zł |
| b) wykonanie szczepienia:  …................ zł |
| c) zakupu 1 dawki szczepionki (*koszt preparatu*):  …................ zł |
| d) koszty organizacyjne:  …................ zł |
| 2. | **Liczba podanych dawek szczepionki:**  (*należy wpisać łączną liczbę dawek, jaką oferent wykonał*  *w ramach realizacji Programu*)  ….......................................... | |
| 3. | **Koszt całkowity realizacji Programu**  *(koszt jednostkowy brutto x łączna liczba podanych dawek)* | **…....................................... zł brutto.** |

........……………............. ...........……………………………………

Miejscowość, data  *Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentacji*

**Załączniki do sprawozdania:**

1. Wykaz adresatów, u których przeprowadzono szczepienie (imię i nazwisko, adres zamieszkania, PESEL, data przeprowadzenia szczepienia).
2. Wykaz oświadczeń o wyrażeniu zgody na przekazywanie danych osobowych wyłącznie do celów sprawozdawczości do Urzędu Miasta Malborka.