



(pieczęć realizatora)

Załącznik nr 3
do umowy

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA MIESIĘCZNEGO

„Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Białe Błota w wieku powyżej 65 lat realizowany w latach 2020-2025”

I. Informacje ogólne

1. Czy program polityki zdrowotnej był realizowany zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Białe Błota, a Realizatorem?

TAK ☐

NIE ☐

2. Czy w realizacji programu uczestniczyły osoby wskazane w ofercie.

TAK ☐

NIE ☐

II. Informacje o programie

1. Realizacja świadczeń za miesiąc:

--

2. Zrealizowane działania edukacyjne:

--

3. Zrealizowane działania informacyjno - promocyjne:

--

4. Wyniki realizacji programu:

Liczba osób które wzięły udział w działaniach edukacyjnych	
Liczba wykonanych badań kwalifikacyjnych w programie	
Liczba pacjentów zakwalifikowanych do szczepień	
Liczba zaszczepionych pacjentów	
Liczba pacjentów ze stwierdzonym przeciwwskazaniem do szczepień	

5. Wnioski z realizacji programu:

--

III. Dodatkowe informacje

.....

.....

.....

*(podpis i pieczętka osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Realizatora)*