

Załącznik nr 4

do Umowy nr .....

z dnia .....

**Sprawozdanie merytoryczno-finansowe z realizacji gminnego programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci w gminie Lubin na lata 2024-2027”**

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru):

.....  
.....

2. Dokładny adres siedziby oferenta:

.....  
.....

3. Dane kontaktowe Oferenta:

a) numer tel.: .....

b) numer fax. ....

c) adres e-mail: .....

4. Okres realizacji zadania: od ..... do .....

5. Opis działań podjętych w ramach realizacji zadania w zakresie ochrony zdrowia – gminny program polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci w gminie Lubin na lata 2024-2027”:

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

6. Cele realizowanych działań:

.....

7. Koszty realizowanych działań

Lp.	Rodzaj kosztu	Liczba osób/spotkań	Koszt jednostkowy brutto	Koszt całkowity brutto
I. Koszty akcji informacyjno-edukacyjnej				
1	Prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnej (zgodnie z pkt 8.I.1 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)	--	--	
II. Koszty interwencji w ramach etapu I				
1	Koszt interwencji edukacyjnych wśród dzieci - udział dziecka w cyklu warsztatów – 3 spotkania (zgodnie z pkt 8.I.2.a Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)			
2	Koszt interwencji edukacyjnych wśród rodziców – koszt organizacji 1 wykładu (zgodnie z pkt 8.I.2.b Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)			
3	Koszt badań przesiewowych (zgodnie z pkt 8.I.2.c Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)			
III. Koszty interwencji w ramach etapu II				
1	Koszt interwencji multikomponentowej (zgodnie z pkt 8.I.3 Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu)			
	w tym:			
	świadczenia dietetyczne (6 spotkań/uczestnika),			
	świadczenia psychologiczne (3 spotkania/uczestnika)			
	poradnictwo z zakresu aktywności ruchowej (3 spotkania/uczestnika)			
IV. Koszty monitoringu i ewaluacji				
1	Monitoring i ewaluacja (zgodnie z pkt 8.II. Zał. Nr 1 Szczegółowe warunki konkursu oraz opisem Programu)	--	--	
<b>Łączny koszt brutto (suma z poz. I.1, II.1, II.2, II.3, III.1 i IV.1.)</b>				

8. Zestawienie świadczeń zrealizowanych w ramach Programu wraz z wykazem świadczeniobiorców (dotyczy świadczeń w pkt II.3 oraz III.1)

Lp.	Imię i nazwisko	Nr PESEL pacjenta*	Data urodzenia	Płeć	Wiek	Adres zameldowania	Nazwa udzielonego świadczenia	Data udzielenia świadczenia	Liczba wykonanych świadczeń	Cena

\* W przypadku osób nieposiadających numeru PESEL – seria i numer dowodu osobistego lub paszportu

9. Efekty realizowanych działań:

.....

.....

.....

10. Uwagi dotyczące realizacji Programu

.....

.....

Sporządził: .....

.....

(data)

.....

(pieczęć i podpis Wykonawcy)