Załącznik nr 5 do Uchwały Nr 58/72/2020

 Zarządu Powiatu w Piszu

 z dnia 7 września 2020 roku

**SPRAWOZDANIE roczne**

**Z realizacji programu polityki zdrowotnej pod nazwą**

**„Powiatowy program profilaktycznych szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców powiatu piskiego po 60 roku życia”**

1. Data zawartej umowy...............................................................................................................................
2. Okres realizacji Programu od ..................................................do............................................................
3. Nazwa realizowanego zadania.................................................................................................................
4. Pełna nazwa Zleceniobiorcy realizującego Program................................................................................

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

1. Nazwa skrócona Zleceniobiorcy realizującego Program¹...................................................................................................................................................

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

1. Dokładny adres siedziby Zleceniobiorcy ( z kodem pocztowym) realizującego Program

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

1. Miejsce i nazwa podmiotu leczniczego, na terenie którego udzielane były świadczenia zdrowotne objęte programem.....................................................................................................................................
2. Sposób promocji Programu (opisać)........................................................................................................

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

1. Osoby objęte Programem:

Zaplanowana liczba osób objętych Programem.......................................................................................

Faktyczna liczba osób objętych Programem (zaszczepionych)...............................................................

Liczba osób, które zgłosiły się do programu, a nie zostałyzaszczepione................................................

1. Rozliczenie kosztów

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Szczegółowa kalkulacja kosztów szczepienia jednej osoby:** | **Wartość** |
|  | 1) Koszt zakupu szczepionki (nazwa szczepionki) | ......................... zł brutto |
|  | 2) Koszt wywiadu lekarskiego i badania kwalifikującego do szczepienia  | ......................... zł brutto |
|  | 3) Koszt podania szczepionki (w tym utylizacja zużytych  materiałów medycznych) | ......................... zł brutto |
|  | 4) Koszty promocyjno-edukacyjne ( w tym m.in. opracowanie, wydanie i dystrybucja ulotek  edukacyjnych )  | ......................... zł brutto |
|  | 5) Inne koszty ogólne związane z realizacją Programu | .......................... zł brutto |
|  | 6) Koszt zaszczepienia jednej osoby (brutto zł) (suma pkt 1-5) | .......................... zł brutto |
|  | 7) Łączny koszt realizacji Programu dla zaplanowanej  populacji w roku 2019  | ............................zł brutto |

Z tytułu niewykorzystanej dotacji do zwrotu pozostała kwota..................................................

Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy prawidłowości wykonania wydatków:......................

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

Załączniki:

1) wyciąg z ewidencji księgowej prowadzonej dla zadania objętego Programem

2)

Oświadczam (y), że:

1. Od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Zleceniobiorcy.

1. Wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
2. Wszystkie wydatki wymienione w ust. 11 zostały faktycznie poniesione.
3. Wszystkie podane w ofercie oraz załącznikach do oferty informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
4. Pomieszczenia, sprzęt medyczny, kwalifikacje personelu medycznego wykorzystanego przy realizacji programu były zgodne z umową.

6. W zakresie związanym z realizacją programu, w związku z przetwarzaniem danych osobowych, Zleceniobiorca realizuje wytyczne określone w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia Dyrektywy 95/46/WE (Ogólne Rozporządzenie o Ochronie Danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE.L Nr 119, str. 1) i ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1781)

7. Populacja na zadanie realizowane w ramach programu była dobrane zgodnie z założeniem programu

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

 *pieczęć Zleceniobiorcy oraz podpis osoby lub podpisy osób*

 *upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Zleceniobiorcy*