

**ZARZĄDZENIE NR 54/2014  
WÓJTA GMINY GRĘBOCICE**

z dnia 1 kwietnia 2014 r.

**w sprawie zatwierdzenia szczegółowych warunków konkursu na realizatora programu zdrowotnego w ramach: „Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014” oraz zatwierdzenia projektu umowy.**

Na podstawie art. 48 ust. 1 oraz ust. 4,5, 6, 9 w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) oraz Uchwały nr LI/204/2009 Rady Gminy w Grębocicach z dnia 16 grudnia 2009r. w sprawie realizacji „Programu Zdrowotnego dla Gminy Grębocice na lata 2010 - 2015” oraz Uchwały nr LI/ 239/2013 Rady Gminy w Grębocicach z dnia 17 grudnia 2013r. w sprawie budżetu Gminy Grębocice na rok 2014 i Zarządzenia nr 103/2009 Wójta Gminy Grębocice z dnia 01.09.2009r. w sprawie Regulaminu Organizacyjnego Urzędu Gminy Grębocice § 44 zarządzam co następuje:

**§ 1.** Ustala się szczegółowe warunki konkursu na wyłonienie realizatora programu zdrowotnego w ramach: „**Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014**” w brzmieniu załącznika nr 1 oraz formularz ofertowy w brzmieniu załącznika nr 2 do zarządzenia.

**§ 2.** Ustala się projekt umowy na realizację – programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „**Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014**” wraz z arkuszem ewaluacyjnym oceny merytorycznej programu – w brzmieniu załącznika nr 3 do zarządzenia.

**§ 3.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Wójt Gminy Grębocice

**Roman Jabłoński**

Załącznik Nr 1 do Zarządzenia Nr 54/2014

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 1 kwietnia 2014 r.

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU**  
**na realizację programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014”**

1. Zamawiający	Gmina Grębocice ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. (076) 8 315501
2. Organizator konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice tel. (076) 8 325306
3. Forma konkursu	Konkurs – przeprowadzony zgodnie z art. 48 ust. 1 oraz ust. 5 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)
4. Przedmiot konkursu	Przedmiotem konkursu jest: program profilaktyki zdrowotnej w ramach - „ <b>Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014</b> ”  Objęcie kompleksową opieką profilaktyczną mieszkańców gminy Grębocice. Celem programu będzie: zachęcanie do podejmowania badań profilaktycznych a tym samym do zmiany zachowań zdrowotnych i wyrabiania nawyku kontrolowania swojego stanu zdrowia  zapobieganie zaawansowaniu chorób, zapobieganie i obniżenie występowania chorób – szczególnie cywilizacyjnych, przez wczesne ich wykrycie(sercowo-naczyniowe, cholesterol, choroby płuc i inne) podniesienie świadomości mieszkańców w zakresie dbałości o zdrowie ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów piersi oraz chorób naczyniowych,  <b>Odbiorcy programu:</b> <b>Mieszkańcy Gminy Grębocice</b> Szacunkowa liczba beneficjentów, które skorzystają z programu – to ok. 150 – 300 osób na 5.294 – zameldowane na terenie Gminy Grębocice
5. Realizatorzy	Do konkursu mogą przystąpić podmioty określone zgodnie z art. 5 pkt. 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

	(Dz. U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), które, świadczą usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.
6. Miejsce i termin, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu i materiałami informacyjnymi dotyczącymi przedmiotu konkursu	Urząd Gminy Grębocice Inspektor ds. polityki społecznej i ochrony zdrowia Pok. Nr 16 ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice <b>od dnia ukazania się ogłoszenia do dnia 22.04.2014r.</b>
7. Miejsce, sposób i termin składania ofert	Oferty w zamkniętych kopertach z napisem konkurs na realizatora: programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „ <b>Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014</b> ” zawierające komplet wymaganych dokumentów ofertowych, wypełnionych czytelnie należy składać w terminie do dnia <b>22.04.2014r. do godziny 10.00</b> w Sekretariacie Urzędu Gminy Grębocice, ul. Głogowska 3, 59-150 Grębocice. O terminie złożenia oferty decyduje data i godzina wpływu.
8. Termin rozpatrzenia ofert	<b>Oferty zostaną rozpatrzone</b>  Otwarcie i rozpatrzenie ofert nastąpi na Posiedzeniu Komisji, którego termin i miejsce ustali Przewodniczący Komisji
9. Sposób informowania o wynikach konkursu	1. Wyniki konkursu zostaną podane do wiadomości publicznej przez zamieszczenie informacji o wyborze realizatora programu, na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej oraz na tablicy ogłoszeń Urzędu Gminy Grębocice. 2. Informacja o wyborze realizatora programu będzie podana do wiadomości publicznej przez okres 7 dni 3. Uczestnicy konkursu zostaną powiadomieni pisemnie o wynikach konkursu ofert niezwłocznie po jego rozstrzygnięciu.
10. Istotne postanowienia dotyczące umowy i jej treści	Niniejszy konkurs będzie stanowił podstawę do zawarcia umowy na: Realizatora programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „ <b>Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014</b> ” na okres od dnia podpisania umowy do dnia <b>25.10.2014r.</b>
11. Zastrzeżenia zamawiającego	1. Oferty, które nie spełniają wymogów określonych w Regulaminie konkursu, są niekompletne oraz złożone po wyznaczonym terminie, nie będą rozpatrywane. 2. Organizator zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz zmiany terminów składania ofert bez podania przyczyny. 3. Warunkiem przyjęcia oferty konkursowej do finansowania jest spełnienie poniższych kryteriów: - w spełnienie wymogów określonych w Regulaminie konkursu,

	<p>zasoby materialne i kadrowe oferenta zapewniające prawidłową realizację zadania,  konstrukcja programu merytorycznego zgodna z udostępnionym formularzem opracowanym przez organizatora konkursu,  zgodność merytoryczna oferty z zadaniami konkursowymi oraz zadaniami statutowymi podmiotu,  adekwatność programu w odniesieniu do potrzeb grupy docelowej i sytuacji lokalnej,  adekwatność planowanych działań w odniesieniu do planowanych efektów programu,  adekwatność kosztów realizacji zadania w odniesieniu do zakresu rzeczowego zadania,</p> <p>O wyborze realizatora programu decydować będą:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kompletność oferty,</li> <li>2) dostępność do świadczeń w ramach programu.</li> <li>3) posiadany przez oferenta sprzęt medyczny niezbędny do wykonywania świadczeń (procedur medycznych),</li> <li>4) kwalifikacje i doświadczenie kadry medycznej przewidzianej do realizacji programu,</li> <li>5) koszty jednostkowe świadczeń(procedur medycznych),</li> </ol>
--	--

Załącznik Nr 2 do Zarządzenia Nr 54/2014  
Wójta Gminy Grębocice  
z dnia 1 kwietnia 2014 r.

**FORMULARZ OFERTOWY DOTYCZĄCY REALIZACJI  
PROGRAMU:**

.....  
1. Oferent (pełna nazwa)

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

2. Adres, kod pocztowy, telefon i fax oferenta

.....  
.....

3. Nazwisko i imię osoby upoważnionej do reprezentowania (telefon kontaktowy)

.....  
.....

4. Nazwisko i imię osoby/osób odpowiedzialnej/nych za realizację programu

.....  
.....

5. Nazwa banku i nr konta bankowego

.....  
.....

6. Dokumenty dotyczące statusu prawnego oferenta (nazwa i data wpisu)

.....  
.....

7. Krótki opis dotychczasowej działalności w zakresie realizacji realizację programu zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu

.....  
.....

---

**Program profilaktyki zdrowotnej:  
w ramach :  
„Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014”**

Czas realizacji od podpisania umowy do 25.10.2014r.

**1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO**

**a. Problem zdrowotny**

.....

**b. Epidemiologia**

(krótkie przedstawienie następstw choroby lub stanu zdrowia – wskaźniki zapadalności, chorobowości lub śmiertelności określone na podstawie aktualnej wiedzy medycznej ze szczególnym uwzględnieniem danych regionalnych)

.....  
.....

**c. Populacja do, której kierowany jest program (charakterystyka i liczba uczestników programu)**

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębocice – .....
- Grupa docelowa populacji, do której program jest skierowany

.....

**d. Dostępne, finansowane ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie problemu zdrowotnego objętego programem wraz ze wskazaniem, czy działania programu mają uzupełniać dostępne świadczenia.**

.....

**e. Zasadność potrzeby wdrażania programu**

.....  
.....

**2. CELE PROGRAMU**

**a. Cel główny programu:**

.....

**b. Cele szczegółowe programu:**

.....

**c. Oczekiwane efekty wynikające z realizacji programu:**

.....

**d. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu.**

- zgłaszalność do programu – liczba ..... - % populacji do której program jest kierowany

.....

- ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka)

.....

- Ocena efektywności programu (porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym)

.....

**3. ADRESACI PROGRAMU (populacja programu)**

**a. Oszacowanie populacji (odnieść się do pkt 1 c)**

- Ogólna liczba mieszkańców Gminy Grębocice – .....

Szacunkowa liczba mieszkańców spełniających powyższe kryterium to – ..... ok. ....  
uczestników programu.

Kryteria zakwalifikowania do programu:

.....  
.....

Przy kwalifikacji do programu zostanie zachowana zasada równości dostępu do świadczeń programu spełniających kryteria kwalifikacji.

**b. Tryb zapraszania do programu.**

.....  
.....

**4. ORGANIZACJA PROGRAMU**

**a. Części składowe programu - Etapy wdrażania programu:**

.....

**b. Planowane interwencje.**

.....

Produkt leczniczy zastosowany w programie:

*(Jeśli będzie zastosowany - podać produkty lecznicze jakie zostaną w programie wykorzystane, jeśli nie wpisać - nie dotyczy)*

.....

Zasady wyboru preparatu, jeśli zostanie w programie zastosowany:

.....

**c. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu**

.....

.....

**d. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

.....

.....

**e. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.**

.....

.....

**f. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu.**

Zakończenie udziału w programie –.....

.....

**g. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

W programie zostaną użyte następujące produkty lecznicze (wypisać jeśli będą użyte/ jeśli nie wpisać - nie dotyczy):

.....

Działania niepożądane: (wypisać jeśli będą użyte/ jeśli nie wpisać - nie dotyczy):

.....

**h. Kompetencje/ warunki niezbędne do realizacji programu:**

**Zasoby kadrowe potrzebne do realizacji zadania:**

**Koordynator programu - .....,**

**Kwalifikacje: wykształcenie wyższe – specjalność, ukończone szkolenia**

.....  
Osoby współpracujące – pielęgniarki – posiadanie odpowiednie wykształcenie - *prawo wykonywania zawodu pielęgniarki (inne jeśli są wymienić jakie)*  
.....

Imię i nazwisko	zawód	uzyskany stopień specjalizacji

**Warunki materialne i lokalowe niezbędne do realizacji świadczeń:**

Odpowiednio przystosowane zaplecze (medyczne, posiadany sprzęt, procedury medyczne, zapewniające prawidłową realizację zadania)  
.....  
.....

**i. Dowody skuteczności planowanych działań.**

- np. opinie ekspertów klinicznych na temat planowanych w programie działań, (podać dowody skuteczności),
  - powołanie się na zalecenia kliniczne dotyczące postępowania w danym problemie zdrowotnym,
  - dowody skuteczności działań, analizy
- .....  
.....

(Wskazane jest załączyć do oferty programowej)

**5. KOSZTY REALIZACJI PROGRAMU**

Szczegółowa kalkulacja kosztów.

Lp.	Usługi medyczne	WARTOŚĆ W ZŁ.
1.		.....zł.
2.		..... zł.
3.		.....zł.

- a. Koszty jednostkowe - .....
  - b. Koszty całkowite- .....
  - c. Źródła finansowania programu – środki finansowane z .....
  - d. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne.
- .....  
.....

Wybierając program samorząd

kierował się .....

**6. MONITOROWANIE I EWALUACJA (ocena jakości programu)**

Wykonawca programu przedstawi po realizacji, na arkuszu ewaluacyjnym:



- a. Ocena zgłaszalności do programu,
- b. Ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka),
- c. Ocena efektywności programu (porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym itp. Patrz pkt 2 d)

## 7. OKRES REALIZACJI PROGRAMU

Mając na wadze uzyskanie celów programowych, program zostanie zrealizowany

Wymagane załączniki do oferty:

1) oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z:

- treścią ogłoszenia,
- warunkami konkursu,
- warunkami umowy,
- oświadczenie oferenta powinno zawierać informację, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami, oraz to, że wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym

2) dane o oferencie:

nazwę i siedzibę zakładu opieki zdrowotnej/podmiotu;

3) aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez

właściwego wojewodę, lub kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich lub kopia zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej lub kopia decyzji o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (każdy oferent składa wszystkie odpowiednie dokumenty, które związane są z prowadzoną przez niego formą działalności);

4) określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny

oraz środki transportu i łączności;

5) informację o kwalifikacjach zawodowych poparte kopiami dokumentów, potwierdzających kwalifikacje zawodowe kadry przewidzianej do realizacji programu oraz informacje o liczbie osób wykonujących określone zadanie;

6) proponowaną kwotę należności za realizację zadania;

7) szczegółową kalkulację kosztów;

8) koszt jednostkowy świadczeń zdrowotnych;

9) proponowany czas trwania umowy;

10) proponowane warunki płatności za usługi będące przedmiotem konkursu;

11) kopię statusu;

12) kopię zaświadczenia NIP;

13) kopię zaświadczenia REGON;

14) kopię polisy ubezpieczeniowej OC w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych;

Kopie dokumentów składane przez oferenta muszą mieć adnotację

„za zgodność z oryginałem i stanem faktycznym” oraz pieczętę, datę  
i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta w konkursie ofert;

Załącznik Nr 3 do Zarządzenia Nr 54/2014

Wójta Gminy Grębocice

z dnia 1 kwietnia 2014 r.

### UMOWA NR ..... RO.OZ. .... 2014

zawarta dnia..... pomiędzy Gminą Grębocice z siedzibą w Grębocicach, w imieniu której działa:

Roman Jabłoński – Wójt Gminy Grębocice

przy kontrasygnacie Barbary Jurcewicz – Skarbnika Gminy

zwaną w dalszej części umowy **ZAMAWIAJĄCYM**

a

.....

reprezentowanym przez:

.....o następującej

treści:

**§ 1. REALIZATOR** zobowiązuje się do realizacji na rzecz mieszkańców Gminy Grębocice programu zdrowotnego w ramach: „**Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014**” za kwotę, która nie przekroczy .....zł. brutto, słownie: (.....zł. brutto).

**§ 2. 1. REALIZATOR** zrealizuje „Akcje Profilaktyczne – Biała Sobota 2014”, o których mowa w ust. 1 w następujących terminach:

- wiosna I „Akcja Profilaktyczna – Biała Sobota 2014” – termin realizacji do.....

- jesień II „Akcja Profilaktyczna – Biała Sobota 2014” – termin realizacji do .....

2. Za realizację edycji wiosennej I „Akcji Profilaktycznej – Biała Sobota 2014” **REALIZATOR** otrzyma kwotę, która nie przekroczy .....zł. brutto słownie: ..... zł. brutto).

3. Za realizację edycji jesiennej II „Akcji Profilaktycznej – Biała Sobota 2014” **REALIZATOR** otrzyma kwotę, która nie przekroczy .....zł. brutto słownie: ..... zł. brutto,

3. Oferta programowa **REALIZATORA** stanowi integralną część umowy.

**§ 3. REALIZATOR** będzie realizował program, o którym mowa § 1 od ..... do .....

**§ 4. 1.** Określenie osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, zasady organizacji programu znajdują się w formularzu ofertowym stanowiącym integralną część umowy.

2. **REALIZATOR** programu zobowiązany jest do zamieszczenia w widocznym miejscu w placówce realizującej zadanie informacji, że prowadzony program zdrowotny jest finansowany ze środków budżetu Gminy Grębocice.

**§ 5. REALIZATOR** jest zobowiązany do podania do wiadomości publicznej w mediach lokalnych informacji o realizacji programu.

**§ 6. REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.

**§ 7. REALIZATOR** jest zobowiązany do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej.

**§ 8. REALIZATOR** zobowiązuje się do poddania się kontroli na każde żądanie **ZAMAWIAJĄCEGO**.

§ 9. **REALIZATOR** jest zobowiązany do przestrzegania praw pacjenta oraz do realizacji programu z należytą starannością, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej.

§ 10. Za szkody wyrządzone w związku z realizacją programu, o którym mowa w § 1 odpowiedzialność ponosi **REALIZATOR**.

§ 11. 1. **ZAMAWIAJACY** zobowiązuje się, że kwotę, o której mowa w § 1 oraz § 2.

ust 1 i ust. 2 umowy przekaże przelewem na konto **REALIZATORA**, każdorazowo po realizacji „Akcji Profilaktycznych – Biała Sobota 2014”, w ciągu 14 dni od otrzymania faktury VAT.

2. Rozliczenie świadczeń będzie następowało każdorazowo na podstawie prawidłowo sporządzonych faktur VAT wraz ze sprawozdaniami opisowymi z realizacji zadania, po przeprowadzeniu I jak i II „Akcji Profilaktycznej – Biała Sobota 2014””, które powinny zawierać:

- liczbę osób objętych programem,
- liczbę udzielonych świadczeń z rozróżnieniem ich rodzajów,
- koszt realizacji zadania w okresie sprawozdawczym,
- formę i sposób realizacji oświaty zdrowotnej,
- wnioski i uwagi **REALIZATORA**.

3. Faktury VAT, o których mowa w ust. 2, będą wystawiane do 14 dni po zakończeniu każdej z „Akcji Profilaktycznych – Biała Sobota 2014”.

4. **REALIZATOR** zobowiązuje się po całkowitym zakończeniu realizacji zadania tj. po przeprowadzeniu I i II Akcji Profilaktycznej – Biała Sobota 2014”, przedstawić do dnia ..... całkowite rozliczenie merytoryczno-finansowe na arkuszu ewaluacyjnym, stanowiącym załącznik do umowy,

§ 12. 1. Umowa może zostać przez **ZAMAWIAJĄCEGO** rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia jej postanowień, nieterminowego oraz nienależytego jej wykonania oraz zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania.

2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy **REALIZATOR** zapłaci **ZAMAWIAJĄCEMU** karę umowną w wysokości 10% wartości przedmiotu umowy.

§ 13. **REALIZATOR** nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 14. Zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 15. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego.

§ 16. Umowę spisano w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje **REALIZATOR**.

**ZAMAWIAJĄCY**

**REALIZATOR**

Załącznik

do umowy nr .....

z dnia .....2014r.

**ARKUSZ EWALUACYJNY PROGRAMU - OCENA MERYTORYCZNA  
Programu profilaktyki zdrowotnej w ramach: „Akcji Profilaktycznej – BIAŁA SOBOTA 2014”**

1. Nazwa placówki/jednostki realizującej program.
2. Dokładny adres jednostki.
3. Nazwa programu.
4. Koordynator programu lub osoba odpowiedzialna za realizację.
5. Czas realizacji programu.
6. Charakterystyka populacji objętej programem.
7. Liczba dzieci, które skorzystały z programu.

Ogólna liczba objętych programem –

Określić stopnia osiągnięcia głównego celu po realizacji programu.

8. Główny cel programu.

.....

9. Cele szczegółowe programu.

.....

Które z ww. celów szczegółowych zostały zrealizowane, a które nie zrealizowano i dlaczego?

**Analiza statystyczna:**

10. Realizatorzy zadań programowych, podać ich kwalifikacje i zrealizowane przez nich zadania.

Wykaz imienny	Kwalifikacje

Zakres zrealizowanych zadań programowych :

11. Wyniki realizacji programu:

Liczba przyjętych pacjentów i udzielonych świadczeń w ramach programu:

Rodzaj udzielonych świadczeń	Liczba uczestników

12. **MONITOROWANIE I EWALUACJA** (ocena jakości programu)

a. Ocena zgłaszalności do programu – liczba ..... % populacji do której program jest kierowany,

.....

b. Ocena jakości świadczeń w programie (np. ankieta dotycząca zadowolenia świadczeniobiorców, specjalistyczna ocena ekspercka),

.....

c. Ocena efektywności programu (porównanie stanu końcowego w zakresie danego problemu zdrowotnego ze stanem wyjściowym),

.....

13. Wnioski i uwagi z realizacji programu:

.....

.....

14. Forma i sposób realizacji oświaty zdrowotnej :

.....

Sposób przeprowadzenia akcji informacyjno- reklamowej skierowanej do adresatów programu:

.....

15. ROZLICZENIE FINANSOWE PROGRAMU

- ogólny koszt programu:

- wysokość kwoty zabezpieczonej w umowie - .....

- wykorzystanie środków finansowych w zł. .... w % .....

16. Proszę podać kwotę, która nie została wykorzystana w programie.

.....

17. W przypadku kiedy kwota nie została wykorzystana w całości podać powód.

.....

.....

*Pieczęć podmiotu realizującego*

*Program*