

*Załącznik nr 6* do ogłoszenia konkursu ofert na wybór w 2023 roku realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepie przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” w zakresie koordynacji programu

**Umowa nr UM\_.....2023**

zawarta w dniu ..... 2023 r. pomiędzy **Województwem Kujawsko - Pomorskim** z siedzibą w Toruniu, zwanym dalej „Dotującym”, reprezentowanym przez:

1. ....
2. ....

**a**

.....  
.....

zwanym dalej „Dotowanym”, reprezentowanym przez:

.....

Na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 ust. 1 pkt 1 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633 z późn. zm.).

**§ 1**

1. Przedmiotem umowy jest udzielenie przez Dotującego w roku 2023 dotacji z budżetu województwa w kwocie ..... zł (słownie: ..... złotych) na sfinansowanie wydatków określonych szczegółowo w ofercie stanowiącej załącznik nr ... do niniejszej umowy dotyczącej **koordynacji programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”** w szczególności:
  - 1) przygotowanie i druk materiałów informacyjnych, edukacyjnych i niezbędnych formularzy oraz dostarczenie ich do realizatorów Programu (zaświadczenie o przeprowadzonym szczepieniu – zgodnie z załącznikiem nr .... do niniejszej umowy, oświadczenie osoby szczepionej o zameldowaniu na terenie zadeklarowanej gminy/powiatu wraz ze zgodą na udział w programie – zgodnie z załącznikiem nr .... do niniejszej umowy, ankieta satysfakcji pacjenta – zgodnie z załącznikiem nr ... do niniejszej umowy, plakaty, ulotki);
  - 2) podejmowanie innych działań edukacyjno-informacyjnych (np. spot telewizyjny, audycja radiowa, ogłoszenie prasowe, strona internetowa, spotkania edukacyjne itp.);
  - 3) przygotowanie i przeprowadzenie co najmniej jednego szkolenia (dla wszystkich realizatorów) dla lekarzy i pielęgniarek biorących udział w realizacji Programu (możliwe do przeprowadzenia on-line);
  - 4) utworzenie w domenie pocztowej Oferenta adresu e-mail na potrzeby komunikacji z beneficjentami Programu;
  - 5) nadzór merytoryczny nad realizacją Programu,
  - 6) sporządzanie i przekazywanie do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego miesięcznych sprawozdań z realizacji całości programu.

2. Termin realizacji zadania ustala się od dnia ..... r. do dnia ..... r.
3. Przyznana kwota dotacji przekazana zostanie na rachunek bankowy podany przez Dotowanego i przeznaczony do operacji związanych z realizacją zadania:  
  
nr rachunku .....
4. Środki, o których mowa w §1 ust. 1, przekazane zostaną przez Dotującego w terminie 14 dni roboczych od podpisania umowy przez obie strony i przekazania jej do Urzędu Marszałkowskiego;
5. Dotowany zobowiązany jest załączyć oświadczenie, że realizując zadanie, o którym mowa w § 1 ust. 1 nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT naliczonego w fakturach dotyczących zakupu towarów i usług dokonywanych w związku z realizacją tego zadania.
6. Wszystkie kserokopie dokumentów winny być potwierdzone na każdej stronie „Za zgodność z oryginałem” przez Dotowanego należycie reprezentowanego.

## § 2

Dotowany oświadcza, że nie zawierał i nie zawrze innych umów na realizację zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1, w części finansowanej przez Dotującego.

## § 3

1. Dotowany zobowiązuje się do:
  - 1) przekazania materiałów, o których mowa § 1 ust. 1 pkt 1 realizatorom „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” w terminie:  
do dnia ..... r. realizatorom wybranym w konkursie ofert na wybór realizatorów w 2023 r. ww. programu,  
albo
    - a) do dnia ..... r. realizatorom wybranym w pierwszym konkursie ofert na wybór realizatorów w 2023 r. ww. programu,
    - b) do dnia ..... r. realizatorom wybranym w uzupełniającym konkursie ofert na wybór realizatorów w 2023 r. ww. programu;
  - 2) prawidłowego zrealizowania zadania;
  - 3) dostarczania w terminie **do dnia 10 każdego miesiąca** za miesiąc poprzedni do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu miesięcznych raportów z działań podejmowanych w ramach realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do niniejszej umowy;
  - 4) dostarczenia w terminie do dnia ..... **stycznia 2024 roku** do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu sprawozdania końcowego z realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wraz z załącznikami oraz wszelkiej innej dokumentacji potwierdzającej wywiązanie się z umowy;
  - 5) zwrotu niewykorzystanych środków w terminie 15 dni po upływie terminu realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 2, tj. do dnia **15 stycznia 2024 roku** na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9802 0119 5700.
2. Od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 6, naliczane są odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonych od następnego dnia po tym terminie do dnia ich wpływu na konto Dotującego. Dotowany zobowiązuje się do zwrotu tych odsetek na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794.

3. Wzór sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 pkt 4, stanowi załącznik nr 3 do niniejszej umowy.
  4. Dotowany do sprawozdania końcowego jest zobowiązany załączyć:
    - 1) kserokopie potwierdzonych dwustronnie przez Dotowanego „Za zgodność z oryginałem dokumentów finansowych (rachunków, faktur) dotyczących wydatków finansowych z dotacji Województwa. Dokumenty finansowe powinny być opatrzone przez Dotowanego:
      - a) pieczęcią Dotowanego, opisem merytorycznym uzasadniającym poniesione wydatki wraz ze wskazaniem numeru umowy,
      - b) klauzulą „Płatne ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wysokości (kwota)” oraz w przypadku dzielenia wydatku, wskazanie wysokości środków własnych,
      - c) stwierdzeniem, że dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym,
      - d) stwierdzeniem, o tym które przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych zastosowano przy wydatkowaniu dotacji.
  - powyższe stwierdzenia winny być potwierdzone podpisami osób uprawnionych.
  - 2) kserokopie przelewów odnoszących się do wydatków realizowanych w formie bezgotówkowej;
  - 3) sprawozdanie merytoryczne z realizacji Programu na terenie całego województwa zawierające m.in. dane dotyczące liczby szczepień przeprowadzonych przez poszczególne podmioty lecznicze, ogólne dane dotyczące zaszczepionych osób (struktura płci i wieku), wyniki ankiet satysfakcji pacjenta, wnioski z realizacji Programu;
  - 4) listę uczestników szkoleń;
  - 5) materiały szkoleniowe, edukacyjne i promocyjno-informacyjne wykorzystywane podczas realizacji zadania;
  - 6) zdjęcia, płyty i inne nośniki informacji związane z realizowanym zadaniem;
  - 7) inne dokumenty, mogące mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonania zadania.
5. Dopuszcza się możliwość przesunięć między pozycjami wydatków określonych w kosztorysie zadania, na które przyznano dotację do wysokości **20%** powyżej i poniżej kwoty przypisanej danej pozycji, bez sporządzania aneksu.
6. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się wydatkowanie środków finansowych w okresie 7 dni przed datą rozpoczęcia realizacja zadania.
7. W rozliczeniu dotacji nie będą uwzględniane:
  - 1) wydatki z tytułu opłat i kar umownych, a także podatek od towarów i usług, jeżeli Dotowany ma prawo do jego odliczenia;
  - 2) dokumenty księgowe wystawione przed lub po terminie realizacji zadania określonym w § 1 ust. 2, z zastrzeżeniem §3 ust. 6;
  - 3) wydatki nieokreślone w kosztorysie zadania;
  - 4) wydatki, z zastrzeżeniem §3 ust. 5, przekraczające kwoty poszczególnych pozycji kosztorysu.

#### § 4

1. Dotującemu przysługuje prawo kontroli Dotowanego w zakresie:
  - 1) sposobu wydatkowania dotacji;
  - 2) oceny prawidłowości dokonanego rozliczenia.
2. Dotowany zobowiązuje się do:
  - 1) prowadzenia dokumentacji dotyczącej kosztów realizacji zadania w sposób umożliwiający ocenę jego wykonania pod względem rzeczowym i finansowym;

- 2) przekazywania do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia informacji z tygodniowym wyprzedzeniem o planowanych działaniach związanych z realizacją zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1;
  - 3) umieszczania we wszystkich drukach związanych z realizacją zadania (plakatach, zaproszeniach, formularzach, komunikatach, materiałach edukacyjnych i szkoleniowych itp.) a także w ogłoszeniach prasowych, reklamach, wykazach sponsorów, na banerach oraz własnych stronach internetowych herbu Województwa Kujawsko-Pomorskiego, znaku promocyjnego województwa oraz informacji o dofinansowaniu zadania z budżetu Województwa Kujawsko-Pomorskiego – zgodnie z wytycznymi dostępnymi na stronie internetowej [www.kujawsko-pomorskie.pl](http://www.kujawsko-pomorskie.pl) (zakładka „Promocja”);
  - 4) przekazywania do Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia celem akceptacji:
    - a) projektów materiałów informacyjnych, edukacyjnych i niezbędnych formularzy, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1 przed ich drukiem i wysyłką do realizatorów i Partnerów Programu,
    - b) projektów spotów telewizyjny, audycji radiowych, ogłoszeń prasowych itp., o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 przed ich publikacją lub emisją;
  - 5) udokumentowania wywiązania się z obowiązków informacyjnych określonych w pkt 3.
3. Niewywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 2 pkt 3 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości ..... zł.

## § 5

Dotującemu przysługuje prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku stwierdzenia wykorzystania nawet części dotacji na inne cele niż określone w umowie.

## § 6

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, w tym w przypadku siły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1360 z późn. zm.), które uniemożliwiają wykonanie umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 skutki finansowe i obowiązek zwrotu środków finansowych Strony określą w protokole.

## § 7

1. W przypadku stwierdzenia wykorzystania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrania w nadmiernej wysokości Dotowany zobowiązany jest do jej zwrotu w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 2 na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9802 0119 5700.
2. Odsetki od dotacji w przypadku:
  - 1) wykorzystania jej niezgodnie z przeznaczeniem nalicza się od dnia przekazania środków z budżetu województwa do dnia ich wpływu na konto Dotującego, na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794;
  - 2) pobrania jej w nadmiernej wysokości nalicza się od dnia następującego po upływie terminu, o którym mowa w ust 1 i przekazuje na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr 12 1020 5011 0000 9702 0201 8794.
3. Tryb zwrotu dotacji następuje na podstawie przepisów ustawy o finansach publicznych.

## § 8

1. Strony oświadczają, iż wszelkie dane osobowe pozyskane od siebie w związku z zawarciem niniejszej Umowy, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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 (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679.
2. Dane osób reprezentujących każdą ze Stron oraz osób zaangażowanych w realizację niniejszej Umowy przetwarzane będą wyłącznie w celu i w czasokresie niezbędnym do jej zawarcia i/lub wykonania oraz dochodzenia roszczeń z niej wynikających.
3. Strony oświadczają, że wprowadziły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby przetwarzanie danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami prawa, w szczególności rozporządzenia 2016/679.
4. Strony zobowiązują się do wykonania obowiązku informacyjnego określonego w art. 14 rozporządzenia 2016/679 wobec osób wskazanych w niniejszej Umowie, w imieniu drugiej Strony.
5. Klauzula informacyjna dla dotowanych dostępna jest na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego – [www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych](http://www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych).

## § 9

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

## § 10

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Dotowany.

**Dotowany**

**Dotujący**

.....  
(pieczęć świadczeniodawcy)

### ZAŚWIADCZENIE O PRZEPROWADZONYM SZCZEPIENIU

#### Dane szczepionej osoby:

Imię:		Nazwisko:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: (miejscowość, kod pocztowy, ulica i nr)			
Telefon:			

#### Podmiot leczniczy sprawujący nad osobą szczepioną opiekę medyczną w ramach POZ:

Nazwa:		Adres:	
--------	--	--------	--

#### Dane dotyczące lekarskiego badania kwalifikacyjnego:

Data badania:		Imię i nazwisko lekarza kwalifikującego:	
<input type="checkbox"/>	stwierdzono brak przeciwwskazań do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
<input type="checkbox"/>	stwierdzono przeciwwskazania do przeprowadzenia szczepienia przeciwko zakażeniom pneumokokowym		
Rodzaj przeciwwskazania:			

.....  
(pieczęć i podpis lekarza)

#### Dane dotyczące szczepienia:

Wiek osoby szczepionej	Data szczepienia	Nazwa szczepionki	Nr serii szczepionki

.....  
(czytelny podpis wykonującego szczepienie)

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r. informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu.

Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego



Marszałek Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego  
Piotr Całbecki

Dofinansowano z budżetu  
Samorządu Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

**Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu  
o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim**

Koordynator Programu: ....., strona www .....

Nr samorządu	Nazwa samorządu	Liczba badań	Nr samorządu/numer porządkowy pacjenta

„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim” skierowany jest do osób po 65 r.ż., które nie były szczepione przeciwko pneumokokom i znajdują się w grupie ryzyka: leczone z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli lub dychawicy oskrzelowej, będące mieszkańcami samorządów, które w 2023 r. biorą udział Programie.

Dane osobowe uczestnika programu:

Imię i nazwisko: ..... PESEL .....

Adres zameldowania: .....

Podmiot leczniczy sprawujący nad uczestnikiem opiekę medyczną w ramach POZ: .....

.....

*(nazwa i adres)*

### Oświadczenie

1. Wyrażam zgodę na udział w „Programie profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”;
2. Oświadczam, że jestem zameldowana/y na terenie samorządu biorącego udział w programie;
3. Oświadczam, że leczę się z powodu przewlekłego nieżytu oskrzeli lub dychawicy oskrzelowej (astmy oskrzelowej).
4. Oświadczam, że nie byłam/em wcześniej szczepiona/y przeciwko zakażeniom pneumokokowym;
5. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o przebiegu szczepienia i wystąpieniu możliwych powikłań;
6. Wyrażam zgodę na szczepienie 13-walentą szczepionką przeciwko zakażeniom pneumokokowym

Czytelny podpis uczestnika programu .....

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r. informacja o administratorze danych osobowych i inspektorze ochrony danych osobowych znajduje się u realizatora Programu

Samorząd Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego



Marszałek Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego  
Piotr Całbecki

Dofinansowano z budżetu  
Samorządu Województwa  
Kujawsko-Pomorskiego

# Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 r.

Załącznik nr ... do Umowy

Nr .....2023

## ANKIETA SATYSFAKCJI

**Szanowni Państwo,**

Zachęcamy do wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji z realizowanego programu polityki zdrowotnej.

Zebrane informacje pomogą nam określić mocne i słabe punkty podjętych działań i wykorzystane będą dla poprawy jakości realizowanych programów.

1. Płeć  kobieta  mężczyzna
2. Wykształcenie  podstawowe  zawodowe  średnie  wyższe
3. Miejsce zamieszkania  wieś  miasto (do 10 tys. mieszkańców)  
 miasto (do 50 tys. mieszkańców)  
 miasto (powyżej 50 tys. mieszkańców)
4. Czy Pani/a zdaniem Program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności  
 tak  nie
5. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości wzięcia udziału w programie?  
 z informacji przekazanej przez lekarza/pielęgniarkę w przychodni lekarskiej;  
 z ogłoszenia w przychodni lekarskiej, z plakatów/ ulotek znajdujących się w przychodni lekarskiej;  
 od rodziny/znajomych;  
 ze środków masowego przekazu:  
 prasy,  
 radia,  
 telewizji,  
 internetu;  
 (inne - proszę wymienić) .....
6. Jak Pan/i ocenia dostępność informacji o realizowanym Programie?  
 bardzo dobrze  dobrze  przeciętnie  źle  bardzo źle
7. Jak Pan/i ocenia jakość otrzymanych informacji?  
 bardzo dobrze  dobrze  przeciętnie  źle  bardzo źle
8. Jak Pan/Pani ocenia dostępność do udzielanych w ramach programu świadczeń (miejsce, dni, godziny przyjęć)  
 bardzo dobrze  dobrze  przeciętnie  źle  bardzo źle
9. Jak Pan/i ocenia uprzejmość i życzliwość personelu?  
 bardzo dobrze  dobrze  przeciętnie  źle  bardzo źle
10. Jak Pan/i ocenia poszanowanie prywatności podczas udzielanych świadczeń?  
 bardzo dobrze  dobrze  przeciętnie  źle  bardzo źle
11. Jak Pan/i ocenia warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń? (krzesła, wieszaki, czystość; dostęp do toalet)  
 bardzo dobrze  dobrze  przeciętnie  źle  bardzo źle



12. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o korzyściach wynikających ze szczepienia przeciwko pneumokokom?

tak  nie

13. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o ewentualnych niepożądanych odczynach poszczepiennych (NOP)?

tak  nie

14. Czy poleciłby Pan/i udział w Programie swoim bliskim, znajomym?

tak  nie  nie mam zdania

15. Własne opinie (Jeżeli w trakcie udziału w Programie zetknęła się Pani/Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie, prosimy opisać poniżej:

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

**Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.**

**Ankieta można przesać w wersji elektronicznej do:**

- Koordynatora Programu e-mail: .....
- Departamentu Spraw Społecznych i Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu , e-mail: [s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl](mailto:s.lemanska-gerc@kujawsko-pomorskie.pl)

.....  
(pieczęćka firmowa Oferenta)

.....  
Miejscowość, data

### FORMULARZ SPRAWOZDANIA MIESIĘCZNEGO

**„Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”  
koordynacja programu**

**1. Okres realizacji świadczeń (miesiąc):**

--

**2. Sprawozdanie z realizacji programu przez poszczególne podmioty:**

Lp.	Samorząd	Realizator	Liczba osób zaplanowanych do szczepień	Liczba zrealizowanych badań kwalifikacyjnych do szczepień	Liczba osób zaszczepionych	Liczba osób pozostałych do szczepień
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
...						
...						

...						
...						
...						

### 3. Wskaźniki dotyczące realizacji zadań koordynatora:

Lp.	Rodzaj wskaźnika
1.	Liczba przeprowadzonych szkoleń edukacyjnych dla lekarzy i pielęgniarek
2.	Liczba uczestników szkoleń edukacyjnych dla lekarzy i pielęgniarek
3.	Liczba przygotowanych i wydrukowanych materiałów:
	a. plakatów
	b. ulotek
	c. zaświadczeń o przeprowadzonym szczepieniu
	d. oświadczeń osób szczepionych o zameldowaniu na terenie zadeklarowanej gminy wraz ze zgodą na udział w programie
	e. ankiet satysfakcji pacjenta
4.	Liczba podmiotów, które otrzymały wydrukowane materiały
5.	Liczba innych działań edukacyjno-informacyjnych

.....  
 podpis osoby upoważnionej

.....  
Pieczęć jednostki składającej sprawozdanie

## SPRAWOZDANIE KOŃCOWE

### z wykonania zadania pn. koordynacja w 2021 roku „Programu profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród osób dorosłych w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w województwie kujawsko-pomorskim”

Data złożenia sprawozdania: .....

**1. Opis wykonania zadania:** (np. liczba osób objętych szczepieniami w poszczególnych powiatach/gminach, rodzaj działań informacyjno-edukacyjnych, liczba przeprowadzonych szkoleń, liczba osób biorących udział w szkoleniach, wykaz i kwalifikacje osób prowadzących szkolenia, inne)

--

**2. Liczbowe określenie skali działań, zrealizowanych w ramach zadania:**

Lp.	Wskaźnik produktów/osiągnięcia celów	Ilość
1.	Liczba wydrukowanych plakatów	
2.	Liczba wydrukowanych ulotek	
3.	Liczba wydrukowanych zaświadczeń o przeprowadzonym szczepieniu	
4.	Liczba wydrukowanych oświadczeń osób szczepionych o zameldowaniu na terenie zadeklarowanej gminy wraz ze zgodą na udział w programie	
5.	Liczba wydrukowanych ankiet satysfakcji pacjenta	
6.	Liczba przeprowadzonych szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek	
7.	Liczba uczestników szkoleń	
8.	Liczba innych działań informacyjno-edukacyjnych	

### 3. Rozliczenie finansowe dotacji:

#### a. rozliczenie ze względu na rodzaj kosztów:

I.p.	Rodzaj kosztów	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)	z tego do pokrycia z wnioskowanej dotacji (kwota brutto w zł)	z tego z finansowych środków własnych (kwota brutto w zł)
1.	Materiały edukacyjne i informacyjne: a) plakaty (B2 - 480x 690mm) b) ulotki (A4 - 210x297mm) c) zaświadczenie o przeprowadzonym szczepieniu d) oświadczenie osoby szczepionej o zameldowaniu na terenie zadeklarowanej gminy wraz ze zgodą na udział w programie e) ankieta satysfakcji pacjenta f) inne działania edukacyjno-informacyjne (np. spot telewizyjny, audycja radiowa, spotkania edukacyjne itp.)			szt.			
2.	Szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek			szkolenie			
3.	Koszty nadzoru merytorycznego nad realizacją programu (np. delegacje, sprawozdawczość, kontakty z realizatorami i jst, raport końcowy itp.)			zł			
4.	Koszty administracyjne (obsługa szkoleń, obsługa strony internetowej, obsługa księgową, zakup materiałów biurowych, wysyłka materiałów edukacyjno-informacyjnych, koszty telefonu)			zł			
5.	<b>Ogółem:</b>						

#### b. rozliczenie ze względu na źródła finansowania:

	Źródła finansowania	Wartości zgodne z umową		Wartości rzeczywiste (koszty faktycznie poniesione)	
		zł	%	zł	% - stosunek kosztów poniesionych do zaplanowanych wg wzoru (kol. 5/poz. 3.3)*100
1	2	3	4	5	6
1.	Dotacja z budżetu województwa				
2.	Środki finansowe własne				
<b>3.</b>	<b>Ogółem</b>		<b>100</b>		

**c. rachunki kosztów realizacji zadania:**

Lp.	Rodzaj kosztów	Nr pozycji kosztorysu (np.1a ...)	Nazwa i numer dokumentu księgowego (np. umowa nr....., faktura nr.....)	Data wystawienia dokumentu	Data zapłaty	Nazwa wydatku (np. koszty osobowe, koszty wynajmu sali, koszty materiałów edukacyjnych)	Koszt (zł)
Ogółem							

**4. Dodatkowe informacje:**

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

.....  
 podpis osoby upoważnionej

**Do niniejszego sprawozdania załączyć należy dodatkowe materiały mogące dokumentować działania faktyczne podjęte przy realizacji zadania (np. listy uczestników projektu, publikacje wydane w ramach projektu, raporty, wyniki prowadzonych ewaluacji, wzory materiałów promocyjnych, protokoły i inne).**

**\* Niepotrzebne skreślić**