Załącznik nr 3  
do ogłoszenia o konkursie/2019

-PROJEKT-

UMOWA Nr …………….……2019

zawarta w dniu ………….. w Łęknicy pomiędzy:

Gminą Łęknica, z siedzibą w Łęknicy, ul. Żurawska 1, 68-208 Łęknica

reprezentowaną przez:

Burmistrza Łęknicy ………………………

przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy ………………………..

zwaną dalej **„Organizatorem”**

a

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..,

wpisanym do rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Lubuskiego, pod numerem: ………. , nr NIP zakładu: …………., nr REGON: ……………. , reprezentowanym przez:

1. …………………………… -
2. …………………………… -

zwanej dalej **„Realizatorem”**

§ 1

1. Organizator powierza, a Realizator zobowiązuje się do przeprowadzeniaw ramach „Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Łęknica” **w roku 2019 szczepień profilaktycznych przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) skierowanych do dziewcząt urodzonych w 2006 zamieszkałych na terenie gminy Łęknica** według warunków określonych szczegółowo w ofercie złożonej przez Realizatora w dniu …………..

a

Realizator zobowiązuje się wykonać świadczenia w zakresie i na warunkach określonych w niniejszej umowie.

1. Schemat szczepień obejmuje 3 dawki szczepionki dla jednej dziewczynki w schemacie 0-2-6 miesięcy.
2. Szczepienia przeprowadzone będą w …………………………………………….. w (dniach, miesiącach) ……………. w godzinach ………………. .
3. Realizator zobowiązuje się do:
4. przeprowadzenia spotkania edukacyjno-zdrowotnego dla dziewcząt i chłopców oraz rodziców/ opiekunów prawnych według przygotowanego scenariusza uwzględniającego wymogi organizatora, o których mowa w załączniku nr 1 do projektu umowy;
5. przeprowadzenia dwukrotnie na początku i na końcu spotkania edukacyjno-zdrowotnego testu dla młodzieży i ankiety wśród rodziców/opiekunów prawnych objętych programem (według załącznika nr 2 i 3 do projektu umowy);
6. uzyskania pisemnej zgody rodziców/opiekunów na przeprowadzenie szczepień dziecka wraz z pisemnym oświadczeniem rodziców/opiekunów o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji Programu według załącznika nr 4 do projektu umowy;
7. zakupu szczepionek czterowalentnych przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), spełniającej wszystkie wymogi i normy przewidziane prawem;
8. wykonania badania lekarskiego kwalifikującego (konsultacji) do wykonania szczepienia, bezpośrednio przed podaniem każdej dawki szczepionki przeprowadzonego przez osoby posiadające stosowane uprawnienia, udokumentowanego stosownym wpisem oraz przekazanie informacji uczestnikom o skutkach jakie niesie za sobą ewentualne przerwanie kursu szczepień oraz możliwości wystąpienia działań niepożądanych w trakcie cyklu szczepień;
9. wykonania szczepień (3 dawki) przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), zgodnie z obowiązującą procedurą i schematem szczepień obowiązującym dla danej grupy wiekowej przez uprawniony personel;
10. wydanie zaświadczenia o wykonaniu zleconego szczepienia;
11. utylizacji zużytych materiałów i sprzętu medycznego do szczepień zgodnie z obowiązującymi przepisami;
12. sporządzenie dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień – zgodnie z obowiązującymi przepisami w tym zakresie i standardami stosowanymi przez NFZ (dokonanie stosownych wpisów potwierdzających wykonanie szczepień) oraz archiwizowanie danych przez okres 5 lat w siedzibie zakładu realizującego szczepienia. W dokumentacji powinna zostać odnotowana informacja o przeprowadzeniu badań kwalifikacyjnych oraz zarejestrowana informacja o niepożądanych objawach poszczepiennych;
13. prowadzenia rejestru świadczeń wykonywanych w ramach Programu w formie papierowej;
14. przeprowadzenie w/w działań według harmonogramu realizacji programu stanowiącego załącznik nr 1 do ogłoszenia;
15. innych ważnych czynności niezbędnych dla realizacji Programu;
16. Oferta o której mowa w ust. 1 umowy stanowi integralną część umowy.

§2

1. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. do 27 grudnia 2019 r.
2. Rozpoczęcie realizacji Programu nastąpi od dnia podpisania umowy.

§ 3

Realizator przyjmuje obowiązek udzielenia świadczeń zdrowotnych (szczepień) objętych przedmiotem umowy z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi oraz zgodnie z zasadami kodeksu etyki lekarskiej.

§ 4

1. Realizator oświadcza, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody, które mogą wystąpić w związku z wykonywaniem przedmiotu umowy.
2. Realizator oświadcza, że w przypadku, gdy termin obowiązywania polisy,   
   o której mowa w ust. 1 jest krótszy niż termin obowiązywania umowy przedłuży okres ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, co najmniej do końca obowiązywania umowy.
3. Realizator na wezwanie Organizatora zobowiązuje się do udostępnienia/przedstawienia do wglądu polisy, o której mowa w ust. 2. W przypadku jej nie udostępnienia/ przedstawienia Organizator może rozwiązać niniejszą umowę bez wypowiedzenia.
4. Odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną przy realizacji przedmiotu niniejszej umowy ponosi wyłącznie Realizator.

§ 5

Realizator zobowiązuje się do :

1. sporządzenia imiennego wykazu dzieci objętych szczepieniami wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do projektu umowy;
2. sporządzania i składania na żądanie Organizatora informacji na temat realizacji zadania;
3. sporządzenia i złożenia do Organizatora sprawozdania końcowego merytoryczno – finansowego z realizacji programu za dany rok (wg załącznika nr 6 do projektu umowy) w terminie 10 dni od jego zakończenia.

§ 6

1. Realizator świadczeń zdrowotnych za wykonanie szczepienia w danym roku (podanie jednej dawki szczepionki dla jednego dziecka wraz z usługą) otrzyma wynagrodzenie w wys. ……………….. BRUTTO (słownie: ………………… ), które obejmuje koszt jednostkowy: zakupu szczepionki, kwalifikacyjnego badania lekarskiego i podania szczepionki
2. Realizator programu za wykonanie w danym roku spotkania edukacyjno-zdrowotnego otrzyma wynagrodzenie w wys. …………… BRUTTO (słownie: …………….).
3. Całkowita wysokość wynagrodzenia Realizatora za wykonanie przedmiotu umowy, nie może przekroczyć kwoty ……………….. zł BRUTTO (słownie: ……………………..) , stanowiącej sumę: (iloczynu wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 1 i liczby dziewcząt objętych szczepieniami) x 3 dawki oraz koszt spotkania edukacyjno-zdrowotnego.
4. Wysokość wynagrodzenia o którym mowa w ust. 1, 2 i 3 jest ostateczna i nie podlega zmianie.
5. Całkowita wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4 może ulec zmianie w przypadku zaszczepienia mniejszej liczby dzieci niż określono.
6. Zapłata wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 4 nastąpi w oparciu o dwie faktury częściowe, z tym że I faktura częściowa wystawiona zostanie po podaniu I dawki szczepionki a II faktura częściowa po podaniu II dawki szczepionki na podstawie imiennego wykazu dzieci objętych szczepieniami wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do projektu umowy oraz fakturę końcową po podaniu III dawki szczepionki. Do faktury końcowej należy również załączyć imienny wykaz dzieci objętych szczepieniami wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 do projektu umowy.
7. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni liczonych od daty otrzymania faktur VAT wraz z załącznikami, na rachunek bankowy Realizatora ……………………………………………..
8. Za dzień płatności uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego Organizatora.

§ 7

1. Dokumentacja finansowo-księgowa, dotycząca realizacji przedmiotu umowy, powinna być przechowywana w siedzibie Realizatora i być udostępniana do wglądu Organizatorowi na żądanie zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji zadania.
2. Realizator zobowiązany jest do poddania się kontroli dokonywanej w miejscu wykonania umowy lub w miejscu wyznaczonym przez Zleceniodawcę oraz przekazywania Organizatorowi w formie pisemnej wszelkich informacji, sprawozdań i wyjaśnień, dotyczących realizacji zadania.
3. Z przeprowadzonej kontroli kontrolujący sporządza pisemny protokół w dwóch egzemplarzach.
4. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli jakichkolwiek nieprawidłowości kontrolowany Realizator ma prawo do złożenia wyjaśnień w terminie 14 dni od dnia otrzymania protokołu. Wyjaśnienia składane są Organizatorowi na piśmie.
5. Organizator udziela odpowiedzi Realizatorowi na piśmie w ciągu 14 dni od dnia złożenia przez Realizatora wyjaśnień.
6. W przypadku stwierdzenia podczas kontroli nienależnego wykonania umowy i niezgodnego z treścią umowy, Organizator zastrzega sobie prawo do:
7. żądania zwrotu przekazanych środków finansowych w zakwestionowanych części, wraz z ustawowymi odsetkami od dnia otrzymania środków,
8. rozwiązania umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 8

1. Umowa może zostać przez Organizatora rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonania umowy, a także w przypadku stwierdzenia podwójnego wykazania w sprawozdawczości tych samych osób objętych programem szczepień oraz w przypadku nie udokumentowania, w terminie 30 dni od daty podpisania umowy, zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
2. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia stron z miesięcznym okresem wypowiedzenia w przypadku wystąpienia okoliczności, za które strony nie ponoszą odpowiedzialności, a które uniemożliwiają wykonania umowy. Skutki finansowe i ewentualny zwrot środków finansowych strony określają w sporządzonym protokole.

§ 9

1. Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu niniejszej umowy osobom trzecim.
2. W razie naruszenia postanowienia ust. 1 Organizator może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym.

§ 10

1. Wszelkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego.
3. Spory powstałe przy realizacji niniejszej umowy strony rozstrzygać będą polubownie. W przypadku braku porozumienia spory rozstrzygać będzie sąd powszechny właściwy miejscowo dla Organizatora.
4. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy z ramienia Organizatora: Marlena Chojnacka
5. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy z ramienia Realizatora: …………...

§ 11

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron umowy.

………………………… …………………………………….

ORGANIZATOR REALIZATOR

Załącznik Nr 1 do umowy/2019

**WYMOGI DO SCENARIUSZA SPOTKANIA EDUKACYJNO-ZDROWOTNEGO**

Poniżej przedstawiono wymogi jakimi powinien kierować się realizator spotkań edukacyjno-zdrowotnych:

**Tematyka spotkania:**

1. Zwiększenie wiedzy i świadomości rodziców i młodzieży na temat ryzykownych zachowań i chorób przenoszonych drogą płciową w tym zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego z uwzględnieniem danych epidemiologicznych dla regionu.

2. Propagowanie nawyku systematycznego wykonywania badań profilaktycznych celem wykrywania chorób nowotworowych wśród młodzieży oraz matek młodzieży objętych programem szczepień przeciwko HPV.

3. Zapoznanie rodziców/opiekunów prawnych z działaniem szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz przedstawienie schematu i terminu szczepień.

**Forma spotkania:**

1. Przeprowadzenie testu dwukrotnie: przed i po realizacji działań edukacyjnych oraz ankiety na końcu.

2. Dostosowanie narzędzi i materiałów do wieku i liczby uczestników spotkania.

Załącznik Nr 2 do umowy/2019

**TEST**

**na początku spotkania / na zakończenie spotkania właściwe podkreślić**

SPRAWDZAJĄCY POZIOM WIEDZY Z ZAKRESU CHORÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ

*Szanowni Państwo,*

*uprzejmie prosimy o wypełnienie wstępnego testu związanego z realizacją programu*

*z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Łęknica.*

*Uzyskane informację posłużą do przygotowania dalszych działań związanych z promocją*

*zdrowia. Test jest anonimowy, nie wymaga podawania imienia i nazwiska.*

1. Co oznacza skrót HPV?

a) choroba weneryczna b) zespół nabytego niedoboru odporności

c) wszawica łonowa d) kłykciny kończyste

e) wirus brodawczaka ludzkiego

2. Czy choroby wywołane wirusem HPV dotyczą:

a) tylko mężczyzn b) tylko kobiet

c) kobiet i mężczyzn

3. Czy szczepienia przeciwko HPV są w Polsce obowiązkowe?

□ TAK □ NIE

4. Do chorób przenoszonych drogą płciową zalicza się:

a) AIDS b) kiła

c) gruźlica d) kłykciny kończyste

e) rzeżączka f) zapalenie płuc

5. Czy wszystkie choroby przenoszone drogą płciową można wyleczyć, jeżeli zostaną

wykryte odpowiednio wcześniej?

□ TAK □ NIE

6. Zaznacz sytuacje, w których można zarazić się chorobą przenoszoną drogą płciową:

a) na basenie b) u dentysty

c) na siłowni d) podczas pocałunku

e) u fryzjera f) tylko podczas stosunku płciowego

7. Czy stosowanie prezerwatyw chroni przed chorobami wenerycznymi?

□ TAK □ NIE

8. Czy nieleczone choroby weneryczne mogą powodować niepłodność?

□ TAK □ NIE

9. Czy choroby przenoszone drogą płciową mogą przebiegać bezobjawowo?

□ TAK □ NIE

Załącznik nr 3 do umowy/2019

**ANKIETA**

BADANIE SATYSFAKCJI ODBIORCÓW ORAZ ROLI CZĘŚCI EDUKACYJNO-INFORMACYJNEJ

*Szanowni Państwo, uprzejmie prosimy o wypełnienie ankiety związanej z przeprowadzoną akcją edukacyjno-informacyjną w ramach programu z zakresu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Łęknica. Uzyskane informację posłużą do przygotowania dalszych działań związanych z promocją zdrowia. Ankieta jest anonimowa, nie wymaga podawanie imienia i nazwiska.*

**1. Płeć:**

□ KOBIETA □ MĘŻCZYZNA

**2. Wiek:**

a) < 31 b) 32-39

c) 40-47 d) 48-55

e) > 55

**3. Wykształcenie:**

a) podstawowe b) zawodowe

c) średnie d) wyższe

**Ocena przebiegu części edukacyjno - informacyjnej (proszę o wybranie odpowiedniej**

**liczby przy ocenie poniższych kryteriów - od 1 do 5):**

Ocena:

a) bardzo słabo - 1 b) słabo - 2

c) raczej dobrze- 3 d) dobrze -4

e) bardzo dobrze - 5

1. Poziom wiedzy i stopień przygotowania prowadzącego:

………………………………………………………………………………………

2. Przystępność przekazywanych informacji:

………………………………………………………………………………………

3. Możliwość zadawania pytań i wyjaśniania wątpliwości przez prowadzącego:

……………………………………………………………………………………………

4. Stopień przydatności przedstawionych informacji:

……………………………………………………………………………………………

5. Czy w ciągu 3 lat wykonywała Pani badania cytologiczne:

□ TAK □ NIE

6. Czy w porównaniu do lat ubiegłych zmieniło się Pani podejście do cytologii?

□ TAK\* □ NIE

\* jeśli TAK proszę określić w jaki sposób?

……………………………………………………………………………………………..

7. Ile razy wykonywała pani cytologię w ciągu ostatnich 5 lat?

……………………………………………………………………………………………..

8. Czy przeprowadzona akcja edukacyjno-informacyjna zwiększyła Pani/Pana zakres

wiedzy odnośnie profilaktyki zakażeń wirusem HPV i przeprowadzenia badań

cytologicznych?

□ TAK □ NIE

9. Czy uważa Pani/Pan, że takiego rodzaju akcje edukacyjno-informacyjne przyczynią

się do obniżenia zachorowalności na raka szyjki macicy poprzez uświadomienie

znaczenia profilaktyki w tym zakresie?

□ TAK □ NIE

10. Czy po przeprowadzonym spotkaniu informacyjno-edukacyjnym zamierza Pani

w najbliższym czasie przeprowadzić badania cytologiczne?

□ TAK □ NIE

Załącznik nr 4 do umowy/2019

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

NA DOBROWOLNE UCZESTNICTWO DZIECKA W PROGRAMIE PROFILAKTYKI

ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE ŁĘKNICA

Ja ……………………………………………………………. zam. ………………………………….....................

…………………………………………………….. PESEL: ….………………………………………………….

wyrażam zgodę/ nie wyrażam\* zgody na przeprowadzenie, w ramach profilaktycznych szczepień przeciwko

wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV) wśród dziewczynek zamieszkałych na terenie gminy Łęknica, badania

kwalifikacyjnego i wykonanie szczepienia ochronnego (trzy dawki) mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka …………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………………………..

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zapoznano mnie z zasadami i terminami realizacji szczepień oraz potencjalnymi działaniami

niepożądanymi szczepionki. Deklaruję, że dziecko dobrowolne bierze udział w programie.

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazanie danych osobowych

………………………………………………………………………………………………….................................

(imię i nazwisko dziecka)

oraz ich przetwarzanie na potrzeby realizacji programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego

(HPV) w gminie Łęknica.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach, w szczególności o dobrowolności

podania danych, prawie dostępu do treści danych i ich poprawiania oraz możliwości odwołania niniejszej zgody

w każdym czasie.

………………………………….. …………...

( czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

verte

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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 2016, Nr 119, s. 1 informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Burmistrz Łęknicy, z siedzibą w 68-208 Łęknica, ul. Żurawska 1;
2. Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może **Pani/Pan skontaktować się** poprzez e-mail [iod@umleknica.pl](mailto:iod@umleknica.pl)**, tel. 68 362 47 02**. Z inspektorem ochrony danych można kontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych;
3. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozliczeń finansowych sporządzanych przez ………………………………………… z realizacji Programu profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w gminie Łęknica.
4. Przekazywanie przez Administratora danych może nastąpić **wyłącznie w przypadku, jeżeli będzie to stanowić realizację obowiązku Administratora**, wynikającego z obowiązujących przepisów prawa.
5. Pani/Pana dane osobowe **nie będą przekazywane do państwa trzeciego**/organizacji międzynarodowej;
6. Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych wynika z kategorii archiwalnej ustalonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt.
7. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
8. Ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.

Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (**PUODO**), ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa   
Telefon: 22 860 70 86

1. Podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest dobrowolne i związane z realizacją świadczeń szczepień przeciw HPV. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania ze szczepienia .
2. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Załącznik Nr 5 do umowy

**Imienny wykaz dzieci objętych**

**szczepieniami profilaktycznymi przeciwko zakażeniom wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) skierowanymi do dziewcząt urodzonych w roku 2006**

**z terenu gminy Łęknica**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Data szczepienia | Imię i Nazwisko  dziecka | Adres zamieszkania  dziecka | Pesel  dziecka |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Łęknica, dnia ……………………. ………………………

podpis i pieczęć osoby

upoważnionej przez Realizatora

Załącznik Nr 6 do umowy/2019

………………………………… ……………………………

(pieczątka firmowa) (miejscowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO  
MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO

za rok…………………..

**„ PROGRAMU PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) W GMINIE ŁĘKNICA”**

1. **Informacje ogólne**
2. Czy świadczenia były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Łęknica a Realizatorem programu?

□ TAK □ NIE

1. Czy świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?

□ TAK □ NIE

1. **Informacje o programie**
2. Okres realizacji świadczeń:

……………………………………………………………………………………

2. Data spotkania edukacyjno-zdrowotnego: …………………………………..…..

Spotkanie prowadzone przez: ………………………………………………………

3. Odbiorcy spotkania edukacyjno-zdrowotnego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rocznik urodzenia** | **Liczba dziewcząt** | **Liczba chłopców** | **Liczba rodziców/opiekunów**  **prawnych** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

4. Opis oceny poziomu wiedzy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Liczba wypełnionych testów na początku spotkania: ……………………………

Liczba wypełnionych testów na zakończenie spotkania …………………………

Liczba wypełnionych ankiet na zakończenie spotkania …………………………

4. Wyniki realizacji programu:

|  |  |
| --- | --- |
| Populacja dziewcząt kwalifikujących się do szczepienia, zgodnie z przyjętymi kryteriami (razem wszystkie roczniki) |  |
| Liczba przeprowadzonych szczepień wg przyjętego schematu -  - liczba wykonanych szczepień I dawka ……………….. - liczba wykonanych szczepień II dawka ………………. - liczba wykonanych szczepień III dawka ………………. | ogółem:  …………… |
| Liczba dziewczynek, które nie zostały zaszczepione z powodu przeciwwskazań zdrowotnych |  |
| Liczba dziewczynek, których rodzice nie wyrazili zgody na szczepienie |  |

1. **Rozliczenie finansowe programu:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową: |  |
| 1. Kwota wydatkowana na realizację programu: |  |
| 1. Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie   nie wykorzystano z powodu: |  |

1. **Dodatkowe informacje:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Załączniki:**
2. ……………………………………………….
3. ……………………………………………….

………………………………………

podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania Realizatora programu