Załącznik nr 2  
do ogłoszenia o konkursie

-PROJEKT-

UMOWA Nr …………….……2020

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 szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica” **w roku 2020 szczepień** według warunków określonych szczegółowo w ofercie złożonej przez Realizatora w dniu ………….. stanowiącej integralną część umowy.

a

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

1. Schemat szczepień obejmuje 1 dawkę szczepionki dla 1 osoby.
2. Szczepienia przeprowadzone będą w …………………………………………….. w (dniach, miesiącach) ……………. w godzinach ………………. .
3. Realizator zobowiązuje się do:

1)zamieszczenia w ośrodku zdrowia przygotowanych przez Urząd Miejski w Łęknicy plakatów i ulotek;

2) działań edukacyjnych podczas wizyty lekarskiej przeprowadzonych przez lekarza lub pielęgniarkę. Zakres zagadnień poruszanych podczas edukacji powinien dotyczyć propagowania prawidłowych nawyków zdrowotnych: zachowania zasad higieny, unikanie potencjalnych miejsc rozprzestrzeniania się choroby, możliwe unikanie kontaktów z osobami chorymi oraz przedstawienie sposobu postępowania w trakcie zakażenia grypą w celu uniknięcia jej powikłań;

3) uzyskania pisemnej zgody na przeprowadzenie szczepień wraz z pisemnym oświadczeniem o wyrażeniu zgody na przekazanie i przetwarzanie danych na potrzeby realizacji programu (wg załącznika **Nr 1 do** projektu umowy);

4) prowadzenia rejestru uczestników programu;

5) zakupu szczepionek przeciw grypie;

6) wykonania badania lekarskiego: kwalifikacji lekarskiej uwzględniającej przeciwskazania do szczepień i ocenę ryzyka wystąpienia powikłań poszczepiennych, która będzie polegała na zbieraniu wywiadu lekarskiego i przeprowadzeniu fizykalnego badania lekarskiego. W przypadku wystąpienia przeciwwskazań czasowych należy poinformować o najwcześniejszym możliwym terminie wykonania szczepienia, natomiast w wyniku trwałych przeciwwskazań do szczepienia przeciw grypie trzeba poinformować pacjenta o możliwości realizacji szczepień u osób z najbliższego otoczenia w celu zmniejszenia ryzyka transmisji zakażenia;

7) wykonania szczepienia według przyjętego schematu, zgodnego ze wskazaniem producenta szczepionki;

8) wydania osobie poddanej szczepieniu zaświadczenia o wykonaniu zaleconego szczepienia ochronnego;

8) utylizacji zużytych materiałów zgodnie z obowiązującymi przepisami;

9) odebrania wypełnionej ankiety od uczestników programu (załącznik **Nr 2** do projektu umowy) i dostarczenie wraz ze sprawozdaniem do organizatora programu;

10) składania sprawozdań z realizacji programu (liczba osób, które zgłosiły chęć uczestnictwa w programie; liczba osób, którym wykonano szczepienie w danym roku trwania programu w zestawieniu z ogólną populacją, która kwalifikowałaby się do programu; liczba osób, którym nie podano szczepionki z uwagi na: aspekty zdrowotne, inne) za rok 2019 do 31 grudnia 2019 roku (załącznik **Nr 4 do** projektu umowy) ;

11) sporządzenia dokumentacji medycznej z przeprowadzonych szczepień;

12) sporządzenie i złożenie na żądanie organizatora informacji na temat realizacji zadania;

13) inne ważne czynności niezbędne dla realizacji szczepień.

§ 2

1. Umowa zawarta jest na czas określony, tj. do 31 grudnia 2020r.
2. Rozpoczęcie realizacji Programu nastąpi od dnia podpisania umowy.
3. Rozpoczęcie szczepień nastąpi od 15 września 2020r.

§ 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 osób objętych programem szczepieniami wg wzoru stanowiącego załącznik **nr 3** 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 4** do projektu umowy) w terminie do 31 grudnia 2020r.

§ 6

1. Na podstawie oferty Realizatora świadczeń zdrowotnych stanowiącej załącznik do niniejszej umowy Strony ustalają cenę jednostkową za wykonanie szczepienia w wysokości ..................... zł brutto (słownie ..........................................).

2. Cena jednostkowa wskazana w ust. 1 zawiera wszelkie koszty niezbędne do wykonania zakresu rzeczowego przedmiotu umowy oraz obowiązków Realizatora świadczeń zdrowotnych określonych w niniejszej umowie, w tym zakup szczepionki, koszt badania lekarskiego kwalifikacyjnego, koszt podania szczepionki oraz koszt działań edukacyjnych.

3. Ostateczne wynagrodzenie przysługujące Realizatorowi świadczeń zdrowotnych z tytułu wykonania niniejszej umowy ustalone zostanie jako iloczyn ceny jednostkowej szczepienia wskazanej w ust. 1 oraz ilości faktycznie wykonanych szczepień, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Całkowite wynagrodzenie przysługujące Realizatorowi świadczeń zdrowotnych z tytułu wykonania niniejszej umowy nie może przekroczyć kwoty 18.000 złotych brutto.

5. Realizator zaniecha wykonywania kolejnych szczepień w przypadku, gdyby łączne wynagrodzenie przysługujące Realizatorowi świadczeń zdrowotnych z tytułu wykonania niniejszej umowy miało przekroczyć kwotę wskazaną w ust. 4 i powiadomi o tym fakcie Organizatora.

6. Zapłata wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3 nastąpi po wykonaniu szczepień, na podstawie faktury końcowej. Do faktury należy załączyć imienny wykaz osób objętych programem wg wzoru stanowiącego załącznik Nr 3 do projektu umowy.

7. Wynagrodzenie będzie płatne przelewem w terminie 14 dni liczonych od dnia otrzymania faktury 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: ……………. 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 projektu umowy

**ZGODA**

**1) na uczestnictwo w Programie szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica**

Ja ………………………………………………………..……..

(imię i nazwisko)

zam. 68-208 Łęknica ul. ………………………………….

wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie, w ramach profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica, badania kwalifikacyjnego i wykonanie szczepienia ochronnego.

\*niewłaściwe skreślić

**OŚWIADCZENIE**

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

**2) na przetwarzanie danych osobowych w związku z uczestnictwem w Programie szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica**

**Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że zostałem(am) poinformowany/a o:**

1. adresie siedziby urzędu, pod którym dane są zbierane i przetwarzane;
2. celu zbierania danych, dobrowolności lub obowiązku podania danych, a jeżeli taki obowiązek istnieje, o jego podstawie prawnej;
3. prawie wglądu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania;
4. możliwości wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania moich danych osobowych;
5. możliwości wniesienia sprzeciwu.

Ponadto:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Administratora Danych: Burmistrza Łęknicy z siedzibą Łęknica, ul. Żurawska 1 w celu podanym w klauzurze informacyjnej;
2. Podaję dane osobowe dobrowolnie i oświadczam, że są one zgodne z prawdą;
3. Zapoznałem(łam) się z treścią klauzuli informacyjnej (na odwrocie), w tym z informacją o celu i sposobach przetwarzania danych osobowych oraz prawie dostępu do treści swoich danych i prawie ich poprawienia.

**Wyrażam zgodę, aby Gmina Łęknica przetwarzała moje dane osobowe w poniższym zakresie:**

- imię i nazwisko: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

- PESEL: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

- adres: 68-208 Łęknica, ul.\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_.

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**(Data i czytelny podpis osoby składającej oświadczenie)**

**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

Realizatora Programu szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica, wyłonionego w drodze konkursu ofert.

1. Przekazywanie przez Administratora danych może nastąpić **wyłącznie w przypadku, jeżeli będzie to stanowić realizację obowiązku Administratora**, wynikającego z obowiązujących przepisów prawa.
2. Pani/Pana dane osobowe **nie będą przekazywane do państwa trzeciego**/organizacji międzynarodowej;
3. Okres przetwarzania Pani/Pana danych osobowych wynika z kategorii archiwalnej ustalonej w jednolitym rzeczowym wykazie akt.
4. 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;
5. 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 szczepień przeciw grypie, zgodnie z Programem szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak możliwości skorzystania z uczestnictwa w ww Programie.
2. Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany w tym również w formie profilowania.

Załącznik Nr 2 do projektu umowy

**ANKIETA rok ………….**

BADANIE SATYSFAKCJI ODBIORCÓW ZE SPOSOBU REALIZACJI PROGRAMU I JAKOŚCI UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ ORAZ ZGŁASZANIE UWAG

(badanie anonimowe)

**I. 1. Jak ocenia Pani/Pan swój poziom satysfakcji z realizacji programu polityki zdrowotnej pn. Program szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica** (proszę postawić zna „x” przy właściwej odpowiedzi)

1) poziom wiedzy o oczekiwanych efektach zdrowotnych

|  |  |
| --- | --- |
| 1- bardzo słabo |  |
| 2 - słabo |  |
| 3 - dostatecznie |  |
| 4 - dobrze |  |
| 5 - wysoko |  |
| 6 - bardzo wysoko |  |

2) poziom wiedzy o możliwych zagrożeniach (powikłaniach) związanych z wykonaniem szczepienia

|  |  |
| --- | --- |
| 1- bardzo słabo |  |
| 2 - słabo |  |
| 3 - dostatecznie |  |
| 4 - dobrze |  |
| 5 - wysoko |  |
| 6 - bardzo wysoko |  |

3) poziom zadowolenia z uczestnictwa w programie

|  |  |
| --- | --- |
| 1- bardzo słabo |  |
| 2 - słabo |  |
| 3 - dostatecznie |  |
| 4 - dobrze |  |
| 5 - wysoko |  |
| 6 - bardzo wysoko |  |

**2. Jak ocenia Pani/Pan jakość udzielonych świadczeń zdrowotnych w ramach programu** (proszę postawić zna „x” przy właściwej odpowiedzi)

1) terminowość wykonania szczepień

|  |  |
| --- | --- |
| 1- bardzo słabo |  |
| 2 - słabo |  |
| 3 - dostatecznie |  |
| 4 - dobrze |  |
| 5 - wysoko |  |
| 6 - bardzo wysoko |  |

2) poziom usług lekarskich (badanie przed szczepieniem)

|  |  |
| --- | --- |
| 1- bardzo słabo |  |
| 2 - słabo |  |
| 3 - dostatecznie |  |
| 4 - dobrze |  |
| 5 - wysoko |  |
| 6 - bardzo wysoko |  |

3) poziom usług pielęgniarskich ( podanie szczepienia)

|  |  |
| --- | --- |
| 1- bardzo słabo |  |
| 2 - słabo |  |
| 3 - dostatecznie |  |
| 4 - dobrze |  |
| 5 - wysoko |  |
| 6 - bardzo wysoko |  |

4) Zagadnienia poruszane podczas edukacji przez realizatora programu oraz kampania informacyjna prowadzona przez Urząd Miejski (plakaty, ulotki) spowodowały, że Pani/Pana poziom wiedzy na temat profilaktyki grypy jest:

Bardzo wysoki\* Wysoki\* Dobry\* Dostateczny\* Słaby\* Bardzo słaby\*

**II. Zgłaszam następujące uwagi do programu (pisemne lub ustne uwagi można również zgłosić do Urzędu Miejskiego w Łęknicy, ul. Żurawska 1, pok. 104 lub 203)**

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

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

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

**III. Wypełniają osoby uczestniczące w programie po raz następny (tj. w poszczególnych latach trwania programu)**

**1.**  Czy była Pani/Pan hospitalizowana/y z powodu grypy po uczestnictwie w programie w latach poprzednich:

TAK \*- w roku ………..., NIE \*

**2.** Czy działania informacyjno - edukacyjne spowodowały, że członkowie rodziny, znajomi - poza programem, na własny koszt zaszczepili się przeciw grypie:

TAK\* NIE\* NIE WIEM\*

\*właściwe zakreślić

Załącznik Nr 3 do projektu umowy

**Imienny wykaz osób**

**objętych**

**szczepieniami profilaktycznymi przeciw grypie**

**z terenu gminy Łęknica w roku ………………………..**

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

Łęknica, dnia ……………………. ………………………

podpis i pieczęć Realizatora lub osoby

upoważnionej przez Realizatora

Załącznik Nr 4 do projektu umowy

………………………………… ……………………………

(pieczątka firmowa) (miejscowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA KOŃCOWEGO  
MERYTORYCZNO-FINANSOWEGO

za rok…………………..

**„ PROGRAMU** **szczepień ochronnych przeciw grypie dla mieszkańców w wieku 65 + w gminie Łęknica”**

**Informacje ogólne**

1. 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. Realizacja Programu:

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba osób, które zgłosiły chęć uczestnictwa w Programie | ………………………. osób |
| Liczba osób, którym wykonano szczepienie | ………………………. osób |
| Liczba osób, którym nie podano szczepionki, z uwagi na:  1) aspekty zdrowotne  2) inne | ogółem osób …………, w tym:  1) ……………………osób  2) …………………… osób |

3. Liczba wypełnionych ankiet …………………………

4. Zrealizowane działania edukacyjne: ………………………………………………

………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………..

1. **Rozliczenie finansowe programu:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Koszt realizacji programu zgodnie z zawartą umową:   cena jednostkowa brutto ………… zł  ilość zaszczepionych osób ……………… | …………………… zł |
| 1. Kwota wydatkowana na realizację programu: | ………………….. zł |
| 1. Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie.   Nie wykorzystano z powodu:  …………………………………………………………. |  |

1. **Dodatkowe informacje:**

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

1. **Załączniki:**
2. Ankiety sztuk ……………

………………………………………

podpis i pieczątka Realizatora lub

osoby upoważnionej do reprezentowania Realizatora programu