............................................ Kołobrzeg, dnia .................................

pieczęć Realizatora

**Sprawozdanie z wykonania umowy w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej pn. „Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023” - edycja 2021**

1. Zamawiający: Gmina Miasto Kołobrzeg
2. Realizator: …………………………………………………………………………………………………………
3. Nr. umowy: ………………………………………………………………………………………………………..
4. Liczba wykonanych Procedur: ………………………………………………………………………………
5. Liczba zaangażowanych osób:
6. lekarz: ………………………………………………,
7. fizjoterapeuta: …………………………………..,
8. pielęgniarka: ……………………………………..,
9. administracja: ……………………………………,
10. inne osoby: ………………………………………..
11. Cel programu: Poprawa sprawności i jakości życia osób z populacji mieszkańców Kołobrzegu poprzez objęcie w okresie 2019-2023 usługami rehabilitacyjnymi łącznie 4 300 osób, tj. 36,33% populacji 60+.
12. Czy i w jakim wymiarze zostały osiągnięte zakładane w programie cele,   
    a jeżeli nie to dlaczego:

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

1. Czas realizacji programu (edycja 2021): .............................................................................................................................
2. Kwota wydatkowana na realizację programu: …………………………………….......................................................................................
3. Inne formy uzyskanego wsparcia od różnych podmiotów:

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

1. Liczebność populacji objęta programem ogółem: ………………….., w tym liczebność populacji objętej zadaniem finansowanym ze środków budżetu Gminy Miasto Kołobrzeg: .............................................................................................................
2. Osiągnięte wyniki, opracowania z podjętych działań w ramach realizacji programu polityki zdrowotnej itp.:

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

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

podpis osoby uprawnionej

***B) ROZLICZENIE FINANSOWE***

1. Wysokość przyznanych środków na realizację Programu   
w 2021 roku: …………………………...

2. Koszt realizacji Programu w 2021 roku: ………………………………………………………..…

**Wykaz zrealizowanych zadań w ramach Programu pn. Rehabilitacja dla seniorów Miasta Kołobrzeg na lata 2019-2023 - edycja 2021**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *lp.* | *Rodzaj zadania* | *Planowana kwota ogółem* | *Zrealizowana kwota ogółem* | *Podmiot*  *dysponujący środkami wraz z wysokością otrzymanej kwoty* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem: | |  |  |  |