Załącznik nr 5 do ogłoszenia

SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

z wykonania zadania z zakresu zdrowia publicznego

Profilaktyka chorób
(zadanie z zakresu zdrowia publicznego)

„Zdrowszy Kołobrzeg - wykrywanie nowotworów piersi" – edycja 2022
(tytuł projektu)

w okresie od 04.04.2022 r. do 30.11.2021 r.

określonego w umowie nr WS.3037.3.2022

zawartej w dniu 1 kwietnia 2022 r. pomiędzy

Gminą Miasto Kołobrzeg
(nazwa Zleceniodawcy)

a .....
(nazwa Realizatora)

Data złożenia sprawozdania:
.....

Sprawozdanie merytoryczne

1. **Opis wykonania zadania z wyszczególnieniem podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym, wykonujących poszczególne działania określone w pkt 5 oferty**

Poszczególne działania w zakresie realizowanego zadania wraz z krótkim opisem wykonania zadania	Terminy realizacji poszczególnych działań	Zleceniobiorca(-y) lub inny podmiot, który wykonywał działanie w zakresie realizowanego zadania
Tu wpisać zadania z harmonogramu	Zgodnie z harmonogramem	Tu wskazać kto (jaka firma) wykonywał daną czynność.

2. **Liczbowe określenie skali działań zrealizowanych w ramach zadania w zakresie zdrowia publicznego**

Ile przebadano osób z grupy docelowej? Grupa docelowa: panie w wieku 20-49 lat i w wieku 70 lat i więcej.

3. **Sposób promocji Gminy Miasto Kołobrzeg podczas realizacji zadania**

Część II. Sprawozdanie z wykonania wydatków zadania w zakresie zdrowia publicznego.

1. Rozliczenie ze względu na rodzaj kosztów (w zł)

2.

Lp.	Rodzaj kosztów	Całość zadania zgodnie z umową (w zł)			
		koszt całkowity	z tego pokryty ze środków przekazanych przez Zleceniodawcę (w zł).	z tego pokryty z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł (zł).	z tego pokryty z wkładu osobowego, w tym pracy społecznej członków i świadczeń wolontariuszy (zł)
I.	Koszty merytoryczne – procedury ICD-9 (z uwzględnieniem kosztów jednostkowych) poniesione przez Realizatora: 1) koszt badania USG 2) koszt badania mammograficznego 3) koszt opisania badania mammograficznego				
II.	Koszty obsługi zadania, w tym koszty administracyjne (z uwzględnieniem kosztów jednostkowych) poniesione przez Realizatora: 1) obsługa administracyjna 2) koszty świadczeń opieki zdrowotnej				
III.	Inne koszty, w tym koszty wyposażenia i promocji (z uwzględnieniem kosztów jednostkowych) poniesione przez Realizatora: 1) koszty zakupu wyposażenia 2) koszty promocji (reklamy)				
IV.	Ogółem				

2. Rozliczenie ze względu na źródło finansowania zadania w zakresie zdrowia publicznego.

Źródło finansowania	Całość zadania (zgodnie z umową)	
	zł	%
Koszty pokryte ze środków przekazanych przez Zleceniodawcę: Z tego z odsetek bankowych:		
Koszty pokryte ze środków finansowych własnych:		
Koszty pokryte ze środków finansowych z innych źródeł (ogółem): Z tego: Z finansowych środków z innych źródeł publicznych (w szczególności: dotacji z budżetu państwa lub budżetów jednostek samorządu terytorialnego, funduszy celowych, środków z funduszy strukturalnych): Z pozostałych źródeł:		
Koszty pokryte z wkładu osobowego (w tym świadczeń wolontariuszy, pracy społecznej członków)		
Ogółem:		100 %

Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie prawidłowości wykonania wydatków:
.....
.....
.....
.....

3. Zestawienie faktur (rachunków, list płac):

l.p.	Numer dokumentu księgowego	Numer pozycji kosztorysu (zgodnie z rozliczeniem ze względu na rodzaj kosztów)	Data wystawienia dokumentu księgowego	Nazwa kosztu	Kwota (zł)	Z tego ze środków przekazanych przez Zleceniodawcę (zł)	Z tego ze środków finansowych własnych, środków z innych źródeł, w tym wpłat i opłat adresatów zadania (zł)	Data zapłaty

Część III. Dodatkowe informacje

.....
.....

Załączniki:
1. .....
2. .....
3. .....

Oświadczam(-y), że:
1) Od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Realizatora.
2) Wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3) Wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione.
4) Osoby wskazane w niniejszym sprawozdaniu zostały poinformowane o przekazaniu ich danych osobowych do Gminy Miasto Kołobrzeg i zapoznały się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania ich danych osobowych przez Gminę Miasto Kołobrzeg.

(pieczęć Realizatora)

.....

.....

.....

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Realizatora)