Załącznik Nr 5

do Zarządzenia Nr VIII / 5 /2024

Wójta Gminy Dobroń

z dnia 09.01.2024r.

…………………………………………. …………………………………………..

Pieczęć świadczeniodawcy (miejscowość, data)

**FORMULARZ SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI PROGRAMU**

„**Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia)”**

**A. Informacje ogólne**

1. Czy świadczenia zdrowotne były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Dobroń, …...a Realizatorem programu?

* TAK
* NIE

2. Świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?

* TAK
* NIE

**B. Informacje o programie**

**1. Okres realizacji świadczeń:**

|  |
| --- |
|  |

**2. Zrealizowane działania informacyjne, sposoby rekrutacji uczestników programu:**

|  |
| --- |
|  |

**3. Liczba uczestników:**

|  |
| --- |
|  |

**4. Wyniki realizacji programu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Liczba, rodzaj i koszt jednostkowy brutto wykonanych zabiegów: | | | |
| **Zabiegi** | **Liczba zabiegów** | **Koszt jednostkowy brutto (zł)** | **Suma kosztów brutto (zł)** |
| Jonoforeza |  |  |  |
| Interdyn |  |  |  |
| Magnetronic |  |  |  |
| Laser |  |  |  |
| Elektrostymulacja |  |  |  |
| Sollux |  |  |  |
| Ultradźwięki |  |  |  |
| Krioterapia |  |  |  |
| Kinezyterapia |  |  |  |
| RAZEM |  |  |  |

**5. Wnioski z realizacji programu:**

|  |
| --- |
|  |

**III. Rozliczenie finansowe programu:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wysokość kwoty przeznaczonej na realizację programu: |  |
| Koszty realizacji programu zgodnie z zawartą umową: |  |
| Kwota wydatkowana na realizację programu: |  |
| Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie: |  |

**IV. Dodatkowe informacje:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………...........**

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej do reprezentowania

Realizatora programu)