

Załącznik nr 4
do umowy nr
z dnia
na realizację programu polityki zdrowotnej

.....
pieczęć firmowa

.....
miejsowość, data

SPRAWOZDANIE KWARTALNE


**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców
gminy Nowy Duninów w 2024 roku”**

.....kwartał 2024 roku

1. Ocena zgłaszalności do programu:

1.	Liczba osób, które zgłosiły się do programu	
2.	Liczba osób zakwalifikowanych do programu	
3.	Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na poszczególnych etapach jego trwania z podaniem przyczyn rezygnacji	
4.	Liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny w ramach programu	
5.	Liczba osób, które uczestniczyły w zajęciach edukacji zdrowotnej	
6.	Odsetek osób, które ukończyły program	

.....
podpis i pieczętka osoby/osób upoważnionych do reprezentacji

WÓJT

mgr Andrzej Krysia

