

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