**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia z dnia 2 stycznia 2023 r.**

………………………………. ………………………………

pieczęć firmowa miejscowość, data

**SPRAWOZDANIE KWARTALNE**

**„Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Nowy Duninów w 2023 roku”**

**……………………….kwartał 2023 roku**

1. Ocena zgłaszalności do programu:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Liczba osób, które rozpoczęły udział w programie zdrowotnym |  |
| 2. | Liczba osób, które zakończyły udział w programie zdrowotnym i nie ukończyły pełnego cyklu rehabilitacyjnego |  |
| 3. | Liczba osób, które ukończyły pełen cykl rehabilitacyjny w ramach programu zdrowotnego |  |

………………………………………………………………………

podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionych do reprezentacji