Załącznik Nr 2 do umowy Nr…………zawartej w dniu……….pomiędzy miastem Rzeszów a ……………………….

Pieczęć Świadczeniodawcy

**Sprawozdanie miesięczne z realizacji „Programu szczepień przeciwko grypie”**

za miesiąc…………………….2017 r.

1. **Skuteczność zapraszania na badania:**
2. Sposób zapraszania uczestników programu…………………………………………
3. zaproszenia przekazywane indywidualnie (ilość)……………………………………
4. poprzez media, artykuły w prasie (proszę podać formę i liczbę)…………………..
5. inne formy (proszę wymienić)…………………………………................................
6. **Efekty szczepień przeciw grypie:**
7. liczba osób zaszczepionych przeciw grypie (ogółem)………………………………

w tym:

1. liczba pensjonariuszy domów pomocy społecznej………………………………......
2. liczba pacjentów zakładów opiekuńczo – leczniczych………………………………
3. liczba osób zaszczepionych według kryterium wiekowego………………………….
4. liczba osób zaszczepionych bez względu na wiek – osób przewlekle chorych lub z niedoborami odporności…………………………………………………………

………………………………….

Data i podpis Świadczeniodawcy

Załącznik Nr 3 do umowy Nr……………zawartej w dniu…………….pomiędzy miastem Rzeszów a…………………..

Pieczęć Świadczeniodawcy

**Zbiorcze sprawozdanie merytoryczne, statystyczne i finansowe z realizacji „Programu szczepień przeciwko grypie”**

w okresie realizacji od…...……....do…..…….2017 r.

**1.Skuteczność zapraszania na badania:**

1. Sposób zapraszania uczestników programu…………………………………………
2. zaproszenia przekazywane indywidualnie (ilość)……………………………………
3. poprzez media, artykuły w prasie (proszę podać formę i liczbę)…………………..
4. inne formy (proszę wymienić)…………………………………................................

**2. Efekty badań przesiewowych:**

1. liczba osób zaszczepionych przeciw grypie (ogółem)………………………………

w tym:

1. liczba pensjonariuszy domów pomocy społecznej………………………………......
2. liczba pacjentów zakładów opiekuńczo – leczniczych………………………………
3. liczba osób zaszczepionych według kryterium wiekowego………………………….
4. liczba osób zaszczepionych bez względu na wiek – osób przewlekle chorych lub z niedoborami odporności…………………………………………………………..

**3.Wyniki ankiety satysfakcji uczestników Programu:**

(Opis wyników analizy ankiet wypełnianych przez uczestników Programu, % osób oceniających realizację Programu – bardzo dobrze, dobrze, negatywnie)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

**4. Środki finansowe wydatkowane na realizację Programu – łącznie:**.....................

………………………………….

Data i podpis Świadczeniodawcy