Załącznik Nr 2 do umowy

**SPRAWOZDANIE**

**Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

**w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok – aktualizacja na 2022 rok**

Termin realizacji ………………………………………..,

## CZĘŚĆ I. SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE

1. Opis wykonania zadania wraz z uwagami dotyczącymi realizacji Programu

|  |
| --- |
|  |

2. Liczbowe określenie skali działań

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **LICZBA WYKONANYCH KWALIFIKACJI DO PROGRAMU** | **LICZBA ZAKWALIFIKOWANYCH**  **PAR DO PROCEDURY** | **LICZBA WYKONANYCH PROCEDUR ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO z podziałem na:**   1. w ramach dawstwa partnerskiego, 2. w ramach dawstwa inne niż partnerskie, 3. adopcja zarodka | **LICZBA CIĄŻ z podziałem na rodzaj procedury:**   1. . | **LICZBA PRZEPROWADZONYCH ANKIET SATYSFAKCJI UCZESTNIKÓW PROGRAMU** |
|  |  |  |  |  |  |

3. Wykaz miejsc zamieszkania par, które zgłosiły się do Programu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **MIEJSCOWOŚĆ** | **LICZBA OSÓB** | **UWAGI** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CZĘŚĆ II. SPRAWOZDANIE FINANSOWE Z WYKONANIA PROGRAMU**

1. Koszty z podziałem na procedury

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **RODZAJ KOSZTÓW** | **LICZBA UCZESTNIKÓW** | **KOSZT JEDNOSTKOWY**  **PROCEDURY**  **(W ZŁ)** | **KOSZT CAŁKOWITY**  **(W ZŁ)** | **WYSOKOŚĆ DOFINANSOWANIA**  **(W ZŁ)** |
| **a.** | **PRZEPROWADZENIE PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO IN VITRO w ramach dawstwa partnerskiego** |  |  |  |  |
| **b.** | **PRZEPROWADZENIE PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO IN VITRO w ramach dawstwa innego niż partnerskie** |  |  |  |  |
| **c.** | **PRZEPROWADZENIE PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO IN VITRO – procedura dawstwa zarodka – adopcja zarodka** |  |  |  |  |

1. Rozliczenie dotacji

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wysokość przekazanej dotacji, zgodnie z zawartą umową** | **Łączny koszt procedur**  **a, b, c** | **Wysokość dotacji niewykorzystanej, przeznaczonej do zwrotu, zgodnie**  **z zawartą umową** |
|  |  |  |

................................................................

(podpis Zleceniobiorcy)