

**UMOWA DOTACJI Nr ... /2022**

**na udzielenie świadczeń zdrowotnych**

zawarta w dniu ..... 2022 r. w Kamieńsku pomiędzy:  
Gminą Kamieńsk, ul. Wieluńska 50, 97-360 Kamieńsk, NIP: 772 22 60 719  
reprezentowaną przez Burmistrza Kamieńska - Bogdana Pawłowskiego  
przy kontrasygnacie Skarbnika Gminy Kamieńsk – Marii Ozga  
zwaną dalej „ **Gmina** ”

**a**

.....  
NIP: ....., REGON .....

reprezentowanym przez .....  
zwanym dalej „ **Realizatorem**”

**o przekazanie środków w formie dotacji na realizację gminnego programu polityki zdrowotnej pod nazwą „ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023” na rok 2022.**

§ 1. 1. Realizator zobowiązuje się na podstawie niniejszej Umowy do udzielania świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców gminy Kamieńsk realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej pod nazwą „**Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023**”, finansowanego ze środków finansowych gminy Kamieńsk, zgodnie ze złożoną ofertą.

2. Realizator zobowiązuje się do wykorzystania przekazanych środków finansowych zgodnie z celem, na jaki uzyskał i na warunkach określonych niniejszą umową.

3. Świadczenia zdrowotne udzielane na podstawie umowy, Realizator wykonywać będzie przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa. Realizator zobowiązany jest do dołożenia należytej staranności przy wyborze osób, które w jego imieniu będą udzielać świadczeń zdrowotnych, objętych przedmiotem umowy.

4. Realizator oświadcza, że wszystkie pomieszczenia, w których będzie udzielał świadczeń zdrowotnych spełniają wymagania sanitarno – epidemiologiczne, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz.595).

§ 2. W ramach przeprowadzenia szczepień ochronnych przeciwko grypie Realizator zobowiązuje się do :

- 1) przeprowadzenia akcji informacyjnej o programie bezpłatnych szczepień, w szczególności podanie do publicznej wiadomości informacji o sposobie rejestracji osób do szczepień, dniach, godzinach wykonywania szczepień oraz kryteriach kwalifikujących do udziału w programie,
- 2) przeprowadzenia spotkania edukacyjnego w celu zwiększenia wiedzy mieszkańców na temat zachorowania na grypę, zagrożeń dla zdrowia związanych z grypą, zwiększenia świadomości zdrowotnej dotyczącej potrzeby szczepień ochronnych przeciw grypie oraz możliwych odczynach poszczepiennych, sposobie postępowania oraz miejscu gdzie można się zgłosić w razie ewentualnych działań niepożądanych,
- 3) zakupu czterowalentnej szczepionki przeciw grypie,
- 4) pozyskania od uczestników pisemnego zgłoszenia do udziału w programie, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do Umowy,
- 5) przeprowadzenia wywiadu i badania lekarskiego kwalifikującego do szczepienia (przed szczepieniem) osoby od 65 roku życia (urodzonej w 1957 roku i wcześniej), mieszkańca gminy Kamieńsk (zameldowanego na pobyt stały lub czasowy),
- 6) wykonania szczepienia (1 dawka) osobom zakwalifikowanym do programu zgodnie z obowiązującą procedurą i zaleceniami producenta szczepionki u jak największej ilości osób oraz poinformowania uczestników programu o możliwości wystąpienia niepożądanych odczynów poszczepiennych i sposobie postępowania w sytuacji ich wystąpienia.  
O kwalifikacji do programu decydować będzie kolejność zgłoszenia swojego uczestnictwa tj. zgłoszenie się do podmiotu leczniczego realizującego przedmiotowe szczepienia oraz wyrażenia pisemnej zgody na udział w programie szczepień profilaktycznych przeciwko grypie, której wzór stanowi załącznik nr 2 do Umowy,
- 7) zapewnienia wszystkich wyrobów medycznych niezbędnych do wykonania szczepień,
- 8) zutylizowania zużytych materiałów i sprzętu medycznego zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- 9) zapewnienia wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji przez osobę badaną, której wzór stanowi załącznik nr 3 do Umowy,
- 10) zapewnienia wypełnienia testu sprawdzającego poziom wiedzy uczestnika programu, której wzór stanowi załącznik nr 4 do Umowy,
- 11) prowadzenia rejestru osób zaszczepionych w ramach umowy zawierające dane: nazwa adres podmiotu leczniczego realizującego program szczepień, miesiąc realizacji programu, imię i nazwisko uczestnika programu, miejsce zamieszkania uczestnika, rok urodzenia uczestnika, datę wykonania szczepienia u uczestnika, podpis uczestnika potwierdzający podanie się szczepieniu. Powyższy rejestr stanowi dokumentację podmiotu leczniczego. Podstawa rozliczenia jest złożenie między innymi rejestru do wglądu,
- 12) składania informacji dotyczącej powodów niezakwalifikowania do szczepienia w ramach programu,
- 13) złożenia sprawozdania z wykonania świadczeń, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 5 do Umowy oraz zestawienia zbiorczego ankiet satysfakcji (ankiety satysfakcji do wglądu).
- 14) przekazywania we własnym zakresie potencjalnym uczestnikom Programu informacji o miejscu i czasie realizacji Programu,



15) zamieszczenia na terenie placówki, w której realizowany jest Program, w sposób widoczny w miejscu ogólnodostępnym, informacji o realizacji Programu wraz z informacją, że realizowany Program finansowany jest ze środków będących w dyspozycji Gminy Kamięnsk.

§ 3. Umowa zostaje zawarta na czas określony i obowiązuje od dnia podpisania umowy do dnia 31 grudnia 2021 r., a końcowe rozliczenie z wykonania umowy nastąpi nie później niż do dnia **20 stycznia 2023 r.**

§ 4. 1. Na realizację programu Realizator otrzyma środki finansowe na ww zadanie w wysokości **8 000,00 zł. brutto** (*słownie*: osiem tysięcy złotych 00/100).

2. Środki finansowe, o których mowa w § 4 ust.1 Umowy zostaną przekazane Realizatorowi przelewem na konto bankowy nr ..... w terminie ..... dni od dnia podpisania Umowy.

3. Zastrzega się, że cena jednostkowa świadczenia zdrowotnego podana przez Realizatora w ofercie realizacji programu, tj ..... zł brutto, nie ulegnie zmianie w okresie obowiązywania umowy.

4. Świadczenia realizowane będą w ilości zgodnej z zapotrzebowaniem mieszkańców do wysokości przyznanej Realizatorowi dotacji.

5. Realizator zobowiązuje się do realizacji programu zgodnie z Uchwałą Nr XX/205/20 Rady Miejskiej w Kamięnsku z dnia 14 września 2020 r. w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pod nazwą **„Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Kamięnsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023”**.

6. Realizator zobowiązany jest do udokumentowania przeprowadzonych badań oraz sporządzania pisemnego rocznego raportu z realizacji przedmiotu umowy.

7. Określenie osób uprawnionych, zasady rejestracji pacjentów, zasady organizacji i udzielania świadczeń zdrowotnych znajdują się w programie oraz w ofercie stanowiącej integralną część umowy.

8. Realizując zadanie publiczne objęte niniejszą umową realizator zobowiązany jest do zapewnienia dostępności informacyjno – komunikacyjnej osobom ze szczególnymi potrzebami, co najmniej w zakresie określonym przez minimalne wymagania o których mowa w art. 6 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami, chyba że nie jest to uzasadnione charakterem przedmiotu umowy.

§ 5. 1. Realizator oświadcza, iż jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

2. Za szkody powstałe w związku z realizacją Umowy odpowiedzialność ponosi Realizator.

3. Realizator jest zobowiązany do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującym prawem w tym zakresie.

4. Realizator zobowiązuje się do poddania kontroli na każde żądanie Gminy.

5. Dokumentacja finansowo – księgową dotyczącą realizacji przedmiotu umowy powinna być przechowywana w siedzibie Realizatora i udostępniona do wglądu dla Gminy na każde żądanie, zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu realizacji programu.

6. Realizator zobowiązuje się do realizacji przedmiotu umowy zachowaniem praw pacjenta, należytej staranności zgodnie ze wskazaniami wiedzy medycznej i zasadami etyki zawodowej, zapewnienia personelu posiadającego kwalifikacje niezbędne do wykonania umowy oraz sprzętu i urządzeń medycznych niezbędnych do zrealizowania umowy, spełniających normy określone przepisami prawa.



7. Realizator jest zobowiązany do przyjmowania w zakresie realizowanego programu skarg i wniosków pacjentów, zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków przez przepisami Kodeksu postępowania administracyjnego.

§ 6. Niewykorzystaną kwotę dotacji przyznaną na dany rok Realizator jest zobowiązany zwrócić na rachunek bankowy Gminy:

- a) 84 8980 0009 2028 0076 5156 0004 - o ile zwrot środków nastąpi do 31 grudnia danego roku włącznie,
- b) 73 8980 0009 2028 0076 5156 0008 - o ile zwrot środków nastąpi po 1 stycznia następnego roku.

§ 7.1. Niniejsza umowa dotacji może zostać rozwiązana przez Gminę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku naruszenia postanowień niniejszej umowy, nieterminowego oraz nienależytego wykonywania umowy – niezgodnie z warunkami konkursu, wykorzystywania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem, zmniejszenia zakresu rzeczowego realizowanego zadania.

2. Z tytułu nienależytego wykonania umowy realizator zapłaci Gminie karę umowną w wysokości 10 % wartości przedmiotu umowy.

§ 8. Realizator nie może powierzyć wykonania przedmiotu umowy innym podmiotom.

§ 9. Wszelkie zmiany niniejszej umowy będą dokonywane na piśmie w formie aneksu pod rygorem ich nieważności.

§ 10. Odpowiedzialność za błędy medyczne oraz szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia ponosi Wykonawca, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

§ 11. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

§ 12. Zgodnie z art.13 i ust.1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólnego rozporządzenia o ochronie danych), zwanego dalej „RODO” pragniemy poinformować, że:

Administratorem danych osobowych będzie Burmistrz Kamińska mający swoją siedzibę w Kamińsku, ul. Wielińska 50, 97-360 Kamińsk. Administrator powołał Inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się telefonicznie 44/6817123 wew.14 lub e-mailowo:

Przekazane dane osobowe będą przetwarzane w celu wyłonienia wykonawcy a w przypadku jego wyłonienia w celu zawarcia umowy i jej realizacji ( art.6 ust.1 lit. B RODO) oraz realizacji obowiązków prawnych ciążących na administratorze w związku z zawarciem tej umowy (art.6 ust.1 lit.c). Ponieważ realizacja umowy finansowana będzie ze środków publicznych informacje dotyczące realizacji umowy mogą być udostępnione w trybie przepisów ustawy z dnia 6 czerwca 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Administrator zobowiązany jest stosować przepisy rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych zatem dane osobowe będą przechowywane po załatwieniu sprawy i przekazaniu do archiwum zakładowego, przez czas określony dla danej kategorii archiwalnej wskazanej w „ Jednolitym rzeczowym wykazie akt organów gminy i związków międzygminnych oraz Urzędów obsługujących te organy u związków” stanowiącym załącznik nr 2 do tego rozporządzenia.

Zgodnie z RODO przysługuje Państwu:

1. prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
2. prawo do sprostowania (poprawienia) swoich danych;
3. prawo do usunięcia danych osobowych w sytuacji, gdy przetwarzanie danych nie nastąpi w celu wywiązania się z obowiązku wynikającego z przepisu prawa lub w ramach sprawowania władzy publicznej;
4. prawo do ograniczenia przetwarzania danych;
5. prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
6. prawo do wniesienia skargi do Prezesa UODO (na adres Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa).

Podanie danych jest niezbędne do podjęcia działań związanych z wyłonieniem wykonawcy, zawarciem umowy z wykonawcą i spełnienia obowiązków ciążących na Administratorze w związku z jej zawarciem. Konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości zawarcia umowy i jej rozliczenia. Dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą wykorzystywane do profilowania.

§ 13. Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, w tym jeden otrzymuje Realizator, dwa egz. dla Gminy.

**REALIZATOR:**

**GMINA:**

**BURMISTRZ**  
*Bogdan Pawłowski*

## ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....  
(nazwa programu)

Ja niżej odpisany(a).....oświadczam, że:

1. Jestem mieszkańcem Gminy Kamieńsk

TAK  NIE

Adres zamieszkania: .....

2. Jestem w wieku od 65. lat

PESEL.....

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

TAK  NIE

4. Po zakończeniu programu wyrażam zgodę na kontakt celem przeprowadzenia ewaluacji programu – sprawdzenie skuteczności zdrowotnej szczepionki.

TAK  NIE

Numer telefonu komórkowego:.....

Adres e-mail: .....

### Wypełniają osoby uczestniczące w programie po raz następny (tj. w poszczególnych latach trwania programu)

Czy była Pani/Pan hospitalizowana/y z powodu grypy po uczestnictwie w programie w latach poprzednich:

TAK - w roku .....,  NIE

Czy działania informacyjno - edukacyjne spowodowały, że członkowie rodziny, znajomi - poza programem, na własny koszt zaszczepili się przeciw grypie:

TAK\*  NIE\*  NIE WIEM\*

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....  
Data i czytelny podpis  
Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie.

Osoba reprezentująca Instytucję Zarządzającą:

.....  
Data i czytelny podpis

pieczętka

**BURMISTRZ**

*Bogdan Pawłowski*



Załącznik nr 2  
do umowy Nr .....  
z dnia .....

## ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

.....  
(nazwa programu)

Ja niżej podpisany(a) ..... oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. Programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie programu zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami prawa.

PESEL....., nr telefonu komórkowego.....

Uczestnik/Uczestniczka programu:

.....  
Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....  
Data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

Oświadczam, że omówiłem(am) z Uczestnikiem/Uczestniczką zasady udziału w programie oraz udzieliłem(am) informacji o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału ww. programie.

Osoba reprezentująca Realizatora programu

Data i czytelny podpis

pieczętka

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Administratora - ..... - moich danych osobowych zawartych w formularzu w celu realizacji programu polityki zdrowotnej**  
.....( nazwa programu )

**Przyjmuję do wiadomości, iż:**

1. Wyznaczono inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować poprzez e-mail: ..... lub pisemnie na adres: .....
2. Dane po zrealizowaniu celu, dla którego zostały zebrane, będą przetwarzane do celów archiwalnych i przechowywane przez okres niezbędny do zrealizowania przepisów dotyczących archiwizowania danych obowiązujących u Administratora.
3. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
4. Osoby, których dane dotyczą, mają prawo do:
  - a) dostępu do swoich danych osobowych,
  - b) żądania sprostowania danych, które są nieprawidłowe,
  - c) żądania usunięcia danych, gdy:
    - dane nie są niezbędne do celów, dla których zostały zebrane,
    - po cofnięciu zgody na przetwarzanie danych,
    - dane przetwarzane są niezgodnie z prawem,
  - d) żądania ograniczenia przetwarzania, gdy:
    - osoby te kwestionują prawidłowość danych,
    - przetwarzanie jest niezgodne z prawem, a osoby te sprzeciwiają się usunięciu danych
    - Administrator nie potrzebuje już danych osobowych do celów przetwarzania, ale są one potrzebne osobom, których dane dotyczą, do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.

5. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
6. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do realizacji programu polityki zdrowotnej ..... (nazwa programu).
7. Dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób opierający się wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu, w tym profilowaniu.
8. Odbiorcą danych jest podmiot, któremu Administrator zlecił realizację Programu.

.....  
*Data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki programu*

BURMISTRZ  
Rogdan Pawłowski





4. Jak ocenia Pan/Pani ogólnie dzisiejszą wizytę w przychodni?

<i>Bardzo dobrze</i>	<i>Dobrze</i>	<i>Średnio</i>	<i>Źle</i>	<i>Bardzo źle</i>	<i>Nie mam zdania</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Inne uwagi

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

*Bardzo dziękujemy Państwu za wypełnienie ankiety.  
Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług.*

**BURMISTRZ**  
*Rogdan Pawłowski*



### Test sprawdzający poziom wiedzy uczestników programu polityki zdrowotnej

1. **Grypa to choroba**
  - bakteryjna
  - wirusowa
  - pasożytnicza
  - nie wiem/nie pamiętam
2. **Do najczęstszych objawów grypy należą**  
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
  - wysoka gorączka
  - dreszcze
  - biegunka
  - suchy kaszel
  - katar
  - halucynacje
  - ból głowy
  - ból mięśni
  - ogólne „rozbitcie” organizmu
3. **Grypą można się zakazić drogą:**
  - powietrzno-kropelkową
  - pokarmową
  - zadrapanie/ugryzienie
  - wodną
  - brudnych rąk
  - nie wiem/nie pamiętam
4. **Leczenie grypy polega na:**  
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
  - stosowaniu antybiotyków
  - stosowaniu leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych (np. paracetamol, ibuprofen)
  - stosowaniu witamin
  - inne

jakie?.....
5. **Do najczęstszych powikłań grypy należą**  
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
  - zapalenie oskrzeli
  - zapalenie pęcherza moczowego
  - zapalenie płuc
  - zapalenie ucha środkowego
  - kamica nerkowa
  - zapalenie zatok
  - nie wiem/nie pamiętam
6. **Zachorowania na grypę są szczególnie niebezpieczne dla**  
(możliwa wielokrotna odpowiedź)
  - dzieci
  - młodzieży
  - dorosłych
  - osób w wieku podeszłym
  - osób chorujących na wszelkie choroby przewlekłe
  - nie wiem/nie pamiętam
7. **Jak często należy szczepić się przeciwko grypie?**
  - co roku
  - co dwa lub trzy lata
  - co pięć lat
  - co dziesięć lat
  - raz w życiu
  - nie wiem/nie pamiętam
8. **Jak często szczepisz się przeciwko grypie?**
  - co roku
  - co dwa lub trzy lata
  - co pięć lat
  - co dekadę
  - raz w życiu
  - nie wiem/nie pamiętam
9. **Jak często szczepią się członkowie twojej rodziny przeciwko grypie?**
  - co roku
  - co dwa lub trzy lata
  - co pięć lat
  - co dekadę
  - raz w życiu
  - nie                      wiem/nie                      pamięta

**SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNO - FINANSOWE**  
**Z WYKONANIA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**  
**pod nazwą „Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców**  
**gminy Kamieńsk od 65 roku życia**  
**w okresie od ..... 2022 r. do 31 .12.2022 r.**

**1. Przebieg kampanii informacyjnej oraz spotkań edukacyjnych, poniesione koszty.**

.....

2. Liczba otrzymanych wniosków uczestnictwa .....

3. Liczba uzyskanych zgód na udział w programie .....

4. Liczba osób u których wykonano pre-test .....

5. Liczba przyjętych osób (badanie wstępne) .....

6. Liczba zaszczepionych osób .....

tym ..... kobiet i ..... mężczyzn .....

7. Liczba osób u których wykonano post-test .....

8. Liczba zaobserwowanych podejrzeń  
lub stwierdzeń niepożądanych odczynów  
poszczepiennych .....

**9. Poniesione koszty na realizację zadania**

Lp.	LICZBA SZCZEPIEŃ	CENA JEDNOSTKOWY	KOSZT CAŁKOWITY

słownie: .....

**10. Program realizowało ..... lekarzy, ..... pielęgniarek.**

**11. Efekty Programu: .....**

**12. Uwagi**

.....

.....

Data

Podpis i pieczęćka Realizatora

**BURMISTRZ**

Bohdan Pawłowski