

Załącznik nr 1
do umowy nr
z dnia

**Maksymalna liczba
osób objętych szczepieniami w poszczególnych gminach**

Lp.	Gmina	Maksymalna liczba osób objętych szczepieniami
1.	Gmina Olecko	107
2.	Gmina Kowale Oleckie	84
3.	Gmina Świątajno	64

Zamawiający

Realizator

Rozliczenie częściowe/całociowe*

Gmina	Liczba osób, którym podano dawkę szczepionki	Koszt szczepienia jednej osoby, w tym:		Całkowity koszt szczepienia osób w rozliczeniu częściowym/całociowym*
		Cena jednej dawki szczepionki	Cena usługi, w tym: koszt badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia rejestru świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego, wydania zaświadczenia	
Olecko				
Kowale Oleckie				
Świątajno				
RAZEM		x	x	

1. Liczba osób, którym podano dawkę szczepionki -
2. Całkowity koszt realizacji zadania w okresie sprawozdawczym (liczba osób x koszt szczepienia jednej osoby)x.....=..... zł (słownie:).

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Realizatora)

*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3
do umowy nr
z dnia 2017 r.

**Wykaz osób u których przeprowadzono szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV typ 6, 11, 16, 18
w ramach realizowanego w 2017 r. powiatowego programu zdrowotnego „Profilaktyka raka szyjki macicy na lata 2009 – 2020”,
zamieszkałych na terenie Gminy**

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna prawnego wyrażającego zgodeę na szczepienie	PESEL dziecka	Rok urodzenia dziecka	Adres zameldowania dziecka	Nr serii szczepionki/data podania		
						Nr serii 1 dawki szczepionki/data podania	Nr serii 2 dawki szczepionki/data podania	Nr serii 3 dawki szczepionki/data podania

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Realizatora)

Załącznik nr 4
do umowy nr
z dnia2017 r.

Informacja dotycząca dziewcząt niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV typ 6, 11, 16, 18 - w ramach realizowanego w 2017 r. powiatowego programu zdrowotnego „Profilaktyka raka szyjki macicy na lata 2009 – 2020”

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Adres zameldowania dziecka	Nazwa Gminy

Liczba dziewcząt niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych -, w tym z:

- Gminy Olecko -,
- Gminy Kowale Oleckie -,
- Gminy Wieliczki -,
- Gminy Świętajno -

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis Realizatora)