*Załącznik Nr 2 do Umowy OR.8030. … . … .2021.Z*

……………………………. …………………………

*(pieczęć wnioskodawcy) (data i miejsce złożenia oferty)*

**SPRAWOZDANIE KOŃCOWE**

**z wykonania zadania z zakresu zdrowia publicznego**

pod nazwą:

………………...………………………………………………………………………………… *(należy wpisać nazwę realizowanego zadania – zgodnie z umową)*

…………………………………………………………………………………………………..

za okres od ……………………… do ………………………

zgodnie z Umową nr ………………………………..

zawartą w dniu ……………………………………

pomiędzy Gminą Wadowice, a

………………………………………………………………………………………………

*(nazwa Zleceniobiorcy, siedziba, numer w KRS lub innym rejestrze)*

1. **SPRAWOZDANIE MERYTORYCZNE**
2. **Jak przebiegała realizacja zadania?**

|  |
| --- |
|  |

1. **Jakie są rezultaty zrealizowanego zadania? W jakiej skali (określenie liczbowe i opisowe) rezultaty te zostały osiągnięte?**

|  |
| --- |
|  |

1. **Czy zakładane cele zostały osiągnięte? Jeśli tak, to w jakim wymiarze. Jeśli nie, to dlaczego.**

|  |
| --- |
|  |

**KOSZTY REALIZACJI ZADANIA**

**Specyfikacja**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj kosztów** | **Kalkulacja kosztów** | **Koszt całkowity****(w zł)** |
|  | **Koszty administracyjne,****w tym:** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **II.** | **Koszty merytoryczne (w tym: koszt konsultacji lekarskich\*/badań\*/szczepień\*)** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **III.** | **Pozostałe koszty związane z realizacją zadania, w tym:** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **IV.** | **Ogółem (poz. I** + **poz. II+ poz. III)** |  |

**Liczbowe określenie skali działań:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj działań: (konsultacje lekarskie\*/ badania\*/szczepienia\*)**  | **Ilość działań: (konsultacji lekarskich\*/ badań\*/szczepień\*****- wyszczególnić** **wg. rodzaju)** | **Koszt jednostkowy****(w zł)** | **Razem****(kol.2\*kol.3)** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 |
| **1.** |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |
|  |  | **Suma:** |  |

**Uwagi mogące mieć znaczenie przy ocenie kosztorysu**:

……………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………………

*(pieczęć Zleceniobiorcy i podpis osoby/osób upoważnionej/nych do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy)*

\**niepotrzebne skreślić*