



# Urząd Gminy w Dobroniu

---

Załącznik Nr 5  
do Zarządzenia Nr VII/24/2018  
Wójta Gminy Dobroń  
z dnia 05 marca 2018r.

.....  
Pieczęć świadczeniodawcy

.....  
(miejscowość, data)

## FORMULARZ SPRAWOZDANIA Z REALIZACJI PROGRAMU

**„Wykrywanie i terapia patologii narządów ruchu u mieszkańców gminy Dobroń (fizjoterapia i kinezyterapia)”**

### A. Informacje ogólne

1. Czy świadczenia zdrowotne były udzielane zgodnie z umową zawartą pomiędzy Gminą Dobroń, a Realizatorem programu?

- TAK
- NIE

2. Świadczenia udzielane były przez osoby wskazane w ww. umowie?

- TAK
- NIE

### B. Informacje o programie

1. Okres realizacji świadczeń:



## Urząd Gminy w Dobroniu

---

**2. Zrealizowane działania informacyjne, sposoby rekrutacji uczestników programu:**

**3. Liczba uczestników:**



## Urząd Gminy w Dobroniu

---

### 4. Wyniki realizacji programu:

Liczba, rodzaj i koszt jednostkowy brutto wykonanych zabiegów:			
Zabiegi	Liczba zabiegów	Koszt jednostkowy brutto (zł)	Suma kosztów brutto (zł)
Jonoforeza			
Interdyn			
Magnetronic			
Laser			
Elektrostymulacja			
Sollux			
Ultradźwięki			
Krioterapia			
Kinezyterapia			
RAZEM			

### 5. Wnioski z realizacji programu:

--



## Urząd Gminy w Dobroniu

---

### III. Rozliczenie finansowe programu:

Wysokość kwoty przeznaczonej na realizację programu:	
Koszty realizacji programu zgodnie z zawartą umową:	
Kwota wydatkowana na realizację programu:	
Wysokość kwoty, która nie została wykorzystana w programie:	

### IV. Dodatkowe informacje:

.....  
.....

.....

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania

Realizatora programu)