

Miejsce na logo Realizatora

*Załącznik nr 4 do umowy*

**RAPORT Z WYDATKOWANIA ŚRODKÓW**

dotyczący programu polityki zdrowotnej pn.:

**„****Profilaktyka i wczesne wykrywanie osteoporozy wśród kobiet w wieku 50+,
zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2024-2027”**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADRESAT SPRAWOZDANIA – ORGANIZATOR PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ** | **Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych** **Urząd Miasta Poznania****ul. 3 Maja 46, 61-728 Poznań****tel. 61 878 56 32****e-mail: wziss@um.poznan.pl** |
| **DANE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ SPORZĄDZAJĄCEGO SPRAWOZDANIE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RAPORT** | **ZA OKRES OD… DO…** |
| **KWARTALNY** |  |

|  |
| --- |
| **Rozliczenie ze względu na rodzaj kosztów**  |
| **Lp**. | **Nazwa pozycji kosztowej**zgodnie z kalkulacją kosztów zawartą w ofercie | **Kwota (w zł)** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
|  | **Razem:** |  |

|  |
| --- |
| **UWAGI** |
|  |

|  |
| --- |
| **Zestawienie faktur (rachunków)** |
| **Lp**. | **Numer dokumentu księgowego** | **Data** wystawienia dokumentu księgowego | **Nazwa pozycji kosztowej** zgodnie z kalkulacją kosztów zawartą w ofercie | **Nazwa zakupionego towaru/usługi** | **Kwota (w zł)** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem:** |  |

 Poznań, dnia………………………………………. ………………………………………………………..

 Podpis i pieczątka Realizatora