

WZÓR

*Załącznik nr 2*

**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH I INFORMACYJNYCH**

*Załącznik do programu polityki zdrowotnej pn.*

*„Zabezpieczenie płodności na przyszłość u mieszkańców Poznania chorych onkologicznie na lata 2024-2026”*

|  |  |
| --- | --- |
| **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 SPORZĄDZAJACEGO SPRAWOZDANIE** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SPRAWOZDANIE**  **(należy wskazać właściwe)** | **ZA OKRES od …. do……** |
| **KWARTALNE** |  |
| **ROCZNE** |  |

|  |
| --- |
| **OPIS DZIAŁAŃ SKIEROWANYCH BEZPOSREDNIO DO BENEFICJENTÓW PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ** |
|  |

|  |
| --- |
| **OPIS DZIAŁAŃ SKIEROWANYCH DO KADRY MEDYCZNEJ**  **UCZESTNICZĄCEJ W PROCESACH LECZENIA CHORYCH ONKOLOGICZNIE** |
|  |

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

Podpis i pieczątka Realizatora