

Miejsce na logo Realizatora

*Załącznik nr 2 do umowy*

**RAPORT Z DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH**

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** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE LICZBOWE DOTYCZĄCE DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH** | **Razem:** |
| 1 | Liczba szkoleń |  |
| 2 | Liczba uczestniczek biorących udział w szkoleniu |  |
| 3 | Liczba członków rodzin biorących udział w szkoleniu |  |

|  |
| --- |
| **UWAGI DOTYCZĄCE ORGANIZACJI / REALIZACJI DZIAŁAŃ EDUKACYJNYCH** |
|  |

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

 Podpis i pieczątka Realizatora