

Załącznik nr 1  
do umowy nr .....  
z dnia .....

**Maksymalna liczba  
osób objętych szczepieniami w poszczególnych gminach**

<b>Lp.</b>	<b>Gmina</b>	<b>Maksymalna liczba osób objętych szczepieniami</b>
1.	Gmina Olecko	<b>89</b>
2.	Gmina Kowale Oleckie	<b>23</b>
3.	Gmina Wieliczki	<b>14</b>
4.	Gmina Świętajno	<b>14</b>

**Zamawiający**

**Realizator**

### Rozliczenie częściowe/całościowe\*

Gmina	Liczba dziewcząt, którym podano dawkę szczepionki	Koszt szczepienia jednej osoby, w tym:		Całkowity koszt szczepienia dziewcząt w rozliczeniu częściowym/całociowym*
		Cena jednej dawki szczepionki	Cena usługi, w tym: koszt badania lekarskiego, podania szczepionki, sporządzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia rejestru świadczeń wykonanych w ramach programu zdrowotnego, wydania zaświadczenia	
Olecko				
Kowale Oleckie				
Świątajno				
Wieliczki				
<b>RAZEM</b>		<b>x</b>	<b>x</b>	

1. Liczba dziewcząt, którym podano dawkę szczepionki - .....
2. Całkowity koszt realizacji zadania w okresie sprawozdawczym (liczba dziewcząt x koszt szczepienia jednej osoby) .....x.....=..... zł (słownie: .....).

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis Realizatora)

\*niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 3  
do umowy nr .....  
z dnia ..... 2017 r.

**Wykaz osób u których przeprowadzono szczepienia przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV typ 6, 11, 16, 18  
w ramach realizowanego w 2017 r. powiatowego programu „Profilaktyka raka szyjki macicy na lata 2009 – 2020”,  
zamieszkałych na terenie Gminy .....**

Lp.	Imię i nazwisko dziecka	Imię i nazwisko Rodzica/Opiekuna wyrządzającego zgode na szczepienie	PESEL dziecka	Rok urodzenia dziecka	Adres zameldowania dziecka	Nr serii szczepionki/data podania		
						Nr serii 1 dawki szczepionki/data podania	Nr serii 2 dawki szczepionki/data podania	Nr serii 3 dawki szczepionki/data podania

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis Realizatora)

Załącznik nr 4  
do umowy nr .....  
z dnia .....2017 r.

*Informacja dotycząca dziewcząt niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych  
przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego HPV typ 6, 11, 16, 18 - w ramach realizowanego w 2017 r. powiatowego programu zdrowotnego  
„Profilaktyka raka szyjki macicy na lata 2009 – 2020”*

<i>Lp.</i>	<i>Imię i nazwisko dziecka</i>	<i>Adres zameldowania dziecka</i>	<i>Nazwa Gminy</i>

*Liczba dziewcząt niezakwalifikowanych do szczepienia z przyczyn zdrowotnych - ....., w tym z:*

- *Gminy Olecko - .....,*
- *Gminy Kowale Oleckie - .....,*
- *Gminy Wieliczki - .....,*
- *Gminy Świętajno - .....*

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęć i podpis Realizatora)