

Załącznik nr 2 do ogłoszenia konkursu ofert na wybór w 2025 roku realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim w zakresie koordynacji programu

Umowa nr2025

zawarta w dniu 2025 r. pomiędzy **Województwem Kujawsko - Pomorskim** z siedzibą w Toruniu, zwanym dalej „Dotującym”, reprezentowanym przez:

.....

a

..... z siedzibą w
NIP....., REGON,
zwanym dalej „Dotowanym”, reprezentowanym przez:

.....

Na podstawie art. 114 ust. 1 pkt 1 oraz art. 115 ust. 1 pkt 1 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2024 r. poz. 799 z późn. zm.).

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielenie przez Dotującego w roku 2025 dotacji z budżetu województwa w kwocie **zł** (słownie: złotych) na sfinansowanie wydatków określonych szczegółowo w ofercie stanowiącej załącznik nr ... dotyczącej **koordynacji programu pn. „Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”** w szczególności:
 - 1) przygotowanie oraz przeprowadzenie szkolenia trenerów (czas trwania szkolenia: 8 godz.);
 - 2) przygotowanie oraz przeprowadzenie edukacji bezpośredniej uczestników programu z uwzględnieniem następujących tematów: zwiększanie potencjału zdrowotnego poprzez odżywianie, higienę osobistą, aktywność fizyczną, bezpieczeństwo w miejscu zamieszkania, bezpieczne korzystanie z transportu miejskiego, prewencja upadków i związanych z nimi urazów oraz ewentualnych powikłań, (1 szkolenie dla każdego samorządu, czas trwania szkolenia: 6 godz.);
 - 3) przeprowadzenie badań kwalifikacyjnych do programu i badań kontrolnych obejmujących badania ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG oraz zapisywanie wyników z tych badań na formularzu opracowanym wg własnego wzoru (w wersji papierowej i/lub elektronicznej);
 - 4) przeprowadzenie oceny występowania upadków wśród uczestników programu;
 - 5) opracowanie, przygotowanie oraz druk materiałów edukacyjnych i informacyjnych oraz rozpropagowanie ich wśród uczestników Programu i samorządów biorących udział w Programie w formie papierowej lub elektronicznej (np. broszury, materiały szkoleniowe itp.);
 - 6) podejmowanie innych działań edukacyjno-informacyjnych (np. spot telewizyjny, audycja radiowa, artykuł prasowy itp.);
 - 7) prowadzenie strony internetowej dot. realizowanego Programu;
 - 8) przeprowadzenie ankiety satysfakcji wg wzoru opracowanego przez Departament Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego stanowiącego załącznik nr ... do niniejszej umowy (tj. wydrukowanie ankiet, udostępnienie formularzy ankiet na stronie internetowej dot. realizowanego Programu, zbieranie danych w wersji papierowej i elektronicznej, analiza ankiet);
 - 9) nadzór merytoryczny nad realizacją programu w tym współpraca z samorządami i trenerami;

- 10) sporządzanie i przekazywanie do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego miesięcznych sprawozdań z realizacji programu;
- 11) przygotowanie i przekazanie do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego końcowego raportu z realizacji programu uwzględniającego m.in. stopień i skalę wykonania poszczególnych działań dla każdego samorządu, wnioski z przeprowadzonych badań oraz analizę ankiet;
- 12) przygotowanie i zabezpieczenie bazy danych uczestników zawierającej adres e-mail i numer telefonu dla celów przeprowadzenia ewaluacji końcowej po upływie roku od zakończenia programu oraz przygotowanie do ewentualnego przekazania bazy danych jednostce ewaluacyjnej.

2. Termin realizacji zadania ustala się od dnia do dnia

3. Przyznana kwota dotacji przekazana zostanie na rachunek bankowy podany przez Dotowanego i przeznaczony do operacji związanych z realizacją zadania:

nr rachunku

4. Środki, o których mowa w §1 ust. 1, przekazane zostaną przez Dotującego w następujący sposób:
 - a) w terminie 14 dni roboczych od podpisania umowy przez obie strony i przekazania jej do Urzędu Marszałkowskiego w pełnej wysokości;
 - albo
 - b) I transza w terminie 14 dni roboczych od podpisania umowy przez obie strony i przekazania jej do Urzędu Marszałkowskiego w wysokości zł (słownie: złotych),
II transza w terminie w wysokości zł (słownie: złotych).
5. Dotowany zobowiązany jest załączyć oświadczenie, że realizując zadanie, o którym mowa w § 1 ust. 1 nie może odzyskać w żaden sposób poniesionego kosztu podatku VAT naliczonego w fakturach dotyczących zakupu towarów i usług dokonywanych w związku z realizacją tego zadania.
6. Wszystkie kserokopie dokumentów winny być potwierdzone na każdej stronie „Za zgodność z oryginałem” przez Dotowanego należycie reprezentowanego.

§ 2

Dotowany oświadcza, że nie zawierał i nie zawiera innych umów na realizację zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1, w części finansowanej przez Dotującego.

§ 3

1. Dotowany zobowiązuje się do:
 - 1) prawidłowego zrealizowania zadania;
 - 2) dostarczania w terminie do dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu miesięcznych raportów z działań podejmowanych w ramach realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr ... do niniejszej umowy;
 - 3) dostarczenia w terminie do dnia r. do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu sprawozdania częściowego z realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wraz z załącznikami oraz wszelkiej innej dokumentacji potwierdzającej wywiązanie się z umowy;
 - 4) dostarczenia w terminie do dnia r. do Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Toruniu sprawozdania końcowego z realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 1 wraz z załącznikami oraz wszelkiej innej dokumentacji potwierdzającej wywiązanie się z umowy;
 - 5) aktualizowania strony internetowej dot. realizowanego Programu co najmniej raz w miesiącu;
 - 6) zwrotu niewykorzystanych środków w terminie 15 dni po upływie terminu realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 2, tj. do dnia r. na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9802 0119 5700**.

2. Od niewykorzystanej kwoty dotacji zwróconej po terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 6, naliczane są odsetki w wysokości określonej jak dla zaległości podatkowych, liczonych od następnego dnia po tym terminie do dnia ich wpływu na konto Dotującego. Dotowany zobowiązuje się do zwrotu tych odsetek na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9702 0201 8794**.
3. Wzór sprawozdania, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, stanowi załącznik nr ... do niniejszej umowy.
4. Dotowany do sprawozdania końcowego jest zobowiązany załączyć:
 - 1) kserokopie potwierdzonych dwustronnie przez Dotowanego „Za zgodność z oryginałem dokumentów finansowych (rachunków, faktur) dotyczących wydatków finansowanych z dotacji Województwa oraz kserokopie zakodowanych list przebadanych osób zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr ... do niniejszej umowy. Powyższe dokumenty powinny być opatrzone przez Dotowanego:
 - a) pieczęcią Dotowanego, opisem merytorycznym uzasadniającym poniesione wydatki wraz ze wskazaniem numeru umowy,
 - b) klauzulą „Płatne ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wysokości (kwota)” oraz w przypadku dzielenia wydatku, wskazanie wysokości środków własnych,
 - c) stwierdzeniem, że dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym,
 - d) stwierdzeniem, o tym które przepisy ustawy Prawo zamówień publicznych zastosowano przy wydatkowaniu dotacji.
 - powyższe stwierdzenia winny być potwierdzone podpisami osób uprawnionych.
 - 2) kserokopie przelewów odnoszących się do wydatków realizowanych w formie bezgotówkowej;
 - 3) sprawozdanie merytoryczne z realizacji Programu na terenie całego województwa,
 - 4) materiały szkoleniowe, edukacyjne i promocyjne wykorzystywane podczas realizacji zadania;
 - 5) zdjęcia, płyty i inne nośniki informacji związane z realizowanym zadaniem;
 - 6) inne dokumenty, mogące mieć znaczenie dla oceny prawidłowości wykonania zadania.
5. Dopuszcza się możliwość przesunięć między pozycjami wydatków określonych w kosztorysie zadania, na które przyznano dotację do wysokości **30%** powyżej kwoty przypisanej danej pozycji, bez sporządzania aneksu.
6. Termin poniesienia wydatków ustala się **od dnia r. do dnia r.** tj. do 7 dni przed datą rozpoczęcia realizacji zadania (jednak nie wcześniej, niż od dnia podjęcia uchwały przez Zarząd Województwa) do 14 dni od ostatniego dnia realizacji zadania (jednak nie później niż do końca danego roku budżetowego tj. do dnia 31.12.2025 r.).
7. W rozliczeniu dotacji nie będą uwzględniane:
 - 1) wydatki z tytułu opłat i kar umownych, a także podatek od towarów i usług, jeżeli Dotowany ma prawo do jego odliczenia;
 - 2) wydatki poniesione poza terminem określonym w ust. 6;
 - 3) wydatki nieokreślone w kosztorysie zadania;
 - 4) wydatki, z zastrzeżeniem §3 ust. 5, przekraczające kwoty poszczególnych pozycji kosztorysu.

§ 4

1. Dotującemu przysługuje prawo kontroli Dotowanego w zakresie:
 - 1) sposobu wydatkowania dotacji;
 - 2) oceny prawidłowości dokonanego rozliczenia.
2. Dotowany zobowiązuje się do:
 - 1) prowadzenia dokumentacji dotyczącej kosztów realizacji zadania w sposób umożliwiający ocenę jego wykonania pod względem rzeczowym i finansowym;
 - 2) umieszczania we wszystkich drukach związanych z realizacją zadania (plakatach, zaproszeniach, regulaminach, komunikatach itp.) a także w ogłoszeniach prasowych, reklamach, wykazach sponsorów, na banerach oraz własnych stronach internetowych odpowiednich oznaczeń promocyjnych Województwa Kujawsko-Pomorskiego oraz informacji o dofinansowaniu zadania z budżetu Samorządu Kujawsko-Pomorskie, zgodnie z wytycznymi dostępnymi na stronie

internetowej www.kujawsko-pomorskie.pl (zakładka „Promocja”) po wcześniejszym uzgodnieniu z Departamentem Zdrowia;

- 3) udokumentowania wywiązania się z obowiązków informacyjnych określonych w pkt 2.
3. Niewywiązanie się z obowiązku wskazanego w ust. 2 pkt 3 skutkuje zapłatą kary umownej w wysokości zł.

§ 5

Dotującemu przysługuje prawo do rozwiązania umowy bez wypowiedzenia w przypadku stwierdzenia wykorzystania nawet części dotacji na inne cele niż określone w umowie.

§ 6

1. Umowa może być rozwiązana na mocy porozumienia Stron w przypadku wystąpienia okoliczności, za które Strony nie ponoszą odpowiedzialności, w tym w przypadku siły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 2024 r. poz. 1061 z późn. zm.), które uniemożliwiają wykonanie umowy.
2. W przypadku rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 skutki finansowe i obowiązek zwrotu środków finansowych Strony określą w protokole.

§ 7

1. W przypadku stwierdzenia wykorzystania dotacji niezgodnie z przeznaczeniem lub pobrania w nadmiernej wysokości Dotowany zobowiązany jest do jej zwrotu w terminie 15 dni od dnia zakończenia realizacji zadania, o którym mowa w § 1 ust. 2 na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9802 0119 5700**.
2. Odsetki od dotacji w przypadku:
 - 1) wykorzystania jej niezgodnie z przeznaczeniem nalicza się od dnia przekazania środków z budżetu województwa do dnia ich wpływu na konto Dotującego, na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9702 0201 8794**,
 - 2) pobrania jej w nadmiernej wysokości nalicza się od dnia następującego po upływie terminu, o którym mowa w ust 1 i przekazuje na rachunek bankowy Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego w PKO BP S.A. Oddział 2 w Toruniu nr **12 1020 5011 0000 9702 0201 8794**.
3. Tryb zwrotu dotacji następuje na podstawie przepisów ustawy o finansach publicznych.

§ 8

1. Strony oświadczają, iż wszelkie dane osobowe pozyskane od siebie w związku z zawarciem niniejszej Umowy, podlegać będą ochronie przed dostępem osób nieupoważnionych, zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych, w tym z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L. 119 z 4 maja 2016 r., str. 1 oraz Dz. Urz. UE L. 127 z 23 maja 2018 r., str. 2), zwanego rozporządzeniem 2016/679.
2. Dane osób reprezentujących każdą ze Stron oraz osób zaangażowanych w realizację niniejszej Umowy przetwarzane będą wyłącznie w celu i w czasokresie niezbędnym do jej zawarcia i/lub wykonania oraz dochodzenia roszczeń z niej wynikających.
3. Strony oświadczają, że wprowadziły odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, aby przetwarzanie danych osobowych odbywało się zgodnie z przepisami prawa, w szczególności rozporządzenia 2016/679.
4. Strony zobowiązują się do wykonania obowiązku informacyjnego określonego w art. 14 rozporządzenia 2016/679 wobec osób wskazanych w niniejszej Umowie, w imieniu drugiej Strony.
5. Klauzula informacyjna dla dotowanych dostępna jest na stronie internetowej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Kujawsko-Pomorskiego:
www.bip.kujawsko-pomorskie.pl/ochrona-danych-osobowych

§ 9

Zmiany umowy wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 10

Umowę sporządzono w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Dotowany.

Dotowany

Dotujący

Ankieta satysfakcji

Szanowni Państwo,

Zachęcamy do wypełnienia anonimowej ankiety satysfakcji z realizowanego programu polityki zdrowotnej. Zebrane informacje pomogą nam określić mocne i słabe punkty podjętych działań i wykorzystane będą dla poprawy jakości realizowanych programów.

1. Płeć

- ☐ kobieta
☐ mężczyzna

2. Wykształcenie

- ☐ podstawowe
☐ zawodowe
☐ średnie
☐ wyższe

3. Miejsce zamieszkania

- ☐ wieś
☐ miasto (do 10 tys. mieszkańców)
☐ miasto (do 50 tys. mieszkańców)
☐ miasto (powyżej 50 tys. mieszkańców)

4. Czy Pani/a zdaniem Program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności

- ☐ tak
☐ nie

5. Skąd dowiedziała się Pani/dowiedział się Pan o możliwości wzięcia udziału w programie?

- ☐ z informacji przekazanej przez lekarza/pielęgniarkę w przychodni lekarskiej;
☐ z ogłoszenia w przychodni lekarskiej, z plakatów/ ulotek znajdujących się w przychodni lekarskiej;
☐ od rodziny/znajomych;
☐ ze środków masowego przekazu:
☐ prasy,
☐ radia,
☐ telewizji,
☐ internetu;

☐ (inne - proszę wymienić)

6. Jak Pan/i ocenia dostępność informacji o realizowanym Programie?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

7. Jak Pan/i ocenia jakość otrzymanych informacji?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

8. Jak Pan/Pani ocenia dostępność do udzielanych w ramach programu świadczeń (miejsce, dni, godziny przyjęć)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

9. Czy udzielono Pani/ Panu informacji o wynikach badania i dalszych zaleceniach?

- ☐ tak
☐ nie

10. Jak Pan/i ocenia uprzejmość i życzliwość personelu?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

11. Jak Pan/i ocenia poszanowanie prywatności podczas udzielanych świadczeń?

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

12. Jak Pan/i ocenia warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń? (wyposażenie – krzesła, wieszaki; czystość; dostęp do toalet; czystość w toaletach)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐
Bardzo dobrze dobrze przeciętnie źle bardzo źle

13. Czy poleciłby Pan/i udział w Programie swoim bliskim, znajomym?

- ☐ tak
☐ nie
☐ nie mam zdania

14. Własne opinie (Jeżeli w trakcie udziału w Programie zetknęła się Pani / zetknął się Pan z zagadnieniami, sytuacjami pozytywnymi lub negatywnymi nie ujętymi w ankiecie, prosimy opisać poniżej):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dziękujemy za poświęcony czas i wypełnienie ankiety.

„Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim”

Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego



Marszałek Województwa
Kujawsko-Pomorskiego
Piotr Calbecki

Dofinansowano z budżetu
Samorządu Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

FORMULARZ SPRAWOZDANIA MIESIĘCZNEGO

„Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim” - koordynacja programu

1. Okres realizacji świadczeń (miesiąc):.....

2. Miejsce wykonania świadczeń (nazwa oraz adres placówki, w której miało miejsce udzielanie świadczeń):

--

3. Sprawozdanie z realizacji programu

a) Zestawienie liczbowe dotyczące trenerów i uczestników grup ćwiczeniowych

Lp.	Samorząd	Liczba osób zadeklarowanych	Liczba osób zbadanych (badania kwalifikacyjne)	Liczba osób zakwalifikowanych do ćwiczeń	Liczba trenerów uczestniczących w szkoleniu	Liczba uczestników (seniorów) spotkań edukacyjnych
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						

21.						
22.						
23.						
24.						
25.						
26.						
RAZEM:						

- b) Zestawienie liczbowe dotyczące przygotowanych, wydrukowanych i wyemitowanych materiałów edukacyjno-promocyjnych:

Lp.	Rodzaj materiału	Ilość materiałów
1.	materiały informacyjno-edukacyjne (np. broszury, opracowania, informacje zamieszczone na stronie internetowej dot. realizowanego Programu itp.)	
3.	materiały szkoleniowe	
4.	spoty/programy telewizyjne	
5.	spoty/audycje radiowe	
6.	artykuły prasowe	
7.	inne:	

- c) Liczba samorządów, dla których zakupiono drobny sprzęt sportowy:
(dla jakich:).
- d) Liczba osób, nie zakwalifikowana do programu ze wskazaniem przyczyny:
.....
.....
- e) Inne dodatkowe informacje (np. kolejne zaplanowane działania na najbliższy miesiąc, krótki opis aktualizacji strony internetowej, itp.):
.....
.....
.....

.....
podpis osoby upoważnionej

.....
Pieczęć jednostki składającej sprawozdanie

Załącznik nr ... do Umowy
Nr

SPRAWOZDANIE (CZĘŚCIOWE*/KOŃCOWE*)

„Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim” koordynacja programu

Data złożenia sprawozdania:

- 1. Szczegółowy opis wykonania poszczególnych działań** (opis powinien zawierać szczegółową informację o zrealizowanych działaniach zgodnie z harmonogramem, z uwzględnieniem stopnia ich wykonania, a także wyjaśnić ewentualne odstępstwa w ich realizacji.

Lp.	Opis poszczególnych działań	Terminy realizacji poszczególnych działań
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
...		

Uwagi:

.....
.....
.....
.....

2. Liczbowe określenie skali działań zrealizowanych w ramach zadania:

Lp.	Wskaźnik produktów/osiągnięcia celów	Ilość
1.	Liczba wydrukowanych lub wyemitowanych materiałów: a) informacyjno-edukacyjne (np. np. broszury, opracowania, informacje zamieszczone na stronie internetowej dot. realizowanego Programu itp.) b) szkoleniowe (np. prezentacje itp.) c) inne (jakie?)	a) b) c)
2.	Liczba innych działań informacyjno-edukacyjnych (np. audycja radiowa, spot telewizyjny itp.) 	
3.	Liczba trenerów uczestniczących w szkoleniu	
4.	Liczba przeprowadzonych badań kwalifikacyjnych	
5.	Liczba osób zakwalifikowanych do ćwiczeń	
6.	Liczba przeprowadzonych badań kontrolnych	
7.	Liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych	
8.	Liczba przeprowadzonych ankiet	
9.	Liczba samorządów, dla których został zakupiony drobny sprzęt sportowy	
10.	Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu z przyczyn: a) zdrowotnych b) z własnej woli c) z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów) 	a) b) c)
11.	Liczba upadków wśród uczestników programu, do których doszło a) w ciągu ostatniego roku przed udziałem w programie licząc wstecz od dnia badania kwalifikacyjnego b) w ciągu ostatnich 3 miesięcy, w których uczestnicy brali udział w zajęciach fizycznych w ramach programu, licząc do dnia badania kontrolnego	a) b)

3. Rozliczenie finansowe dotacji:

a. Koszty zadania:

Lp.	Rodzaj kosztów	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)	z tego do pokrycia z wnioskowanej dotacji (kwota brutto w zł)	z tego z finansowych środków własnych (kwota brutto w zł)
1.	Szkolenie trenerów (wynagrodzenie wykładowców, wynajem Sali wykładowej wraz z wyposażeniem multimedialnym, przygotowanie materiałów szkoleniowych, poczęstunek itp.)			szkolenie			
2.	Edukacja uczestników programu w tym: a) <u>edukacja bezpośrednia</u> (jedno szkolenie na samorząd- wynagrodzenie szkoleniowców, przerwa kawowa, materiały edukacyjne) b) <u>prowadzenie strony internetowej</u> dot. realizowanego Programu			szkolenie strona internetowa			
3.	Badania: a) kwalifikacyjne do programu b) badania kontrolne (tj. badania ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG)			badanie badanie			
4.	Opracowanie i przygotowanie formularza wyników (wersja papierowa i/lub elektroniczna)			komplet			
5.	Promocja programu - opracowanie, projekt graficzny, wydruk (plakaty, ulotki, banery, spoty reklamowe, radiowe itp.)			komplet			
6.	Zakup drobnego sprzętu do ćwiczeń (np. piłki, taśmy rehabilitacyjne, hantle, skakanki itp.)						
7.	Koszty nadzoru merytorycznego nad realizacją programu – koordynacja (wydruk i przeprowadzenie ankiety satysfakcji pacjenta, analiza ankiet, delegacje, sprawozdawczość, kontakty z trenerami i jst, raport końcowy itp.)						
8.	Koszty administracyjne (obsługa szkoleń, badań, obsługa księgowa, zakup materiałów biurowych, wysyłka materiałów edukacyjnych i informacyjnych, koszty telefonu itp.)						
	Ogółem:						

b. Rozliczenie ze względu na źródło finansowania:

	Źródła finansowania	Wartości zgodne z umową		Wartości rzeczywiste (koszty faktycznie poniesione)	
		zł	%	zł	% - stosunek kosztów poniesionych do zaplanowanych) wg wzoru (kol. 5/kol. 3)*100
1	2	3	4	5	6
1.	Dotacja z budżetu województwa				
2.	Środki własne				
	Ogółem				

c. Zestawienie faktur (rachunków) związanych z realizacją zadania:

Lp.	Nazwa kosztu (np. badanie kwalifikacyjne, wynagrodzenie prelegenta, lekarza, wynajem sali, wydruk plakatów i ulotek itd. ...)	Nr pozycji zgodnie z kosztami zadania (np. 1, 2a ...)	Nazwa i numer dokumentu księgowego (np. zakodowana lista osób przebadanych, umowa nr...., faktura nr.....)*	Data wystawienia dokumentu	Całkowity koszt związany z realizacją zadania (zł)	W tym finansowany		Data zapłaty
						z dotacji (zł)	z środków własnych (zł)	
1.								
...								
Ogółem								

*podstawą do rozliczenia badań są zakodowane listy osób przebadanych

4. Dodatkowe informacje:

.....

.....
 podpis osoby upoważnionej

Do niniejszego sprawozdania załączyć należy dodatkowe materiały mogące dokumentować działania faktyczne podjęte przy realizacji zadania (np. publikacje wydane w ramach projektu, raporty, wyniki prowadzonych ewaluacji, wzory materiałów promocyjnych, protokoły i inne).

* Niepotrzebne skreślić

Załącznik nr ... do Umowy

Nr

.....

(pieczęćka firmowa Oferenta)

Zakodowana lista osób przebadanych

Badania kwalifikacyjne do programu i badania kontrolne

(tj. badania ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG)

Numer porządkowy osoby badanej	Miejscowość zamieszkania	Wiek uczestnika programu	Data przeprowadzenia badania kwalifikacyjnego do programu	Liczba upadków w dniu badania kwalifikacyjnego*	Data przeprowadzenia badania kontrolnego	Liczba upadków w dniu badania kontrolnego**

* Liczba upadków wśród uczestników programu, do których doszło w ciągu ostatniego roku przed udziałem w programie licząc wstecz od dnia badania kwalifikacyjnego.

** Liczba upadków wśród uczestników programu, do których doszło w ciągu ostatnich 3 miesięcy, w których uczestnicy brali udział w zajęciach fizycznych w ramach programu, licząc do dnia badania kontrolnego.

Podpisy osób wykonujących badania:

.....

.....

.....

.....

Opis listy:

1)Lista dotyczy realizacji „Programu zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim” zgodnie z umową nr.....

2)Płatne ze środków Województwa Kujawsko-Pomorskiego w wysokościzł

3)Dokument sprawdzono pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym.

.....

odpisy osób upoważnionych