**Załącznik nr 9**

**dotyczy umowy nr ……….**

**Nazwa Zleceniobiorcy**

(pieczątka jednostki)

**Sprawozdanie merytoryczne za rok …………..**

Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Okres żywienia mlekiem z banku mleka kobiecego** | **Liczba dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego** | **Liczba podmiotów leczniczych, do których przekazano mleko z banku mleka kobiecego** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nazwy podmiotów leczniczych i ich poziom referencyjny, którym przekazano mleko z banku mleka kobiecego (jeśli dotyczy):

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Uwagi/wnioski:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………

(Miejscowość, data)

 ………………………………………………………….

 Podpis i imienna pieczęć osoby upoważnionej

 do reprezentacji Zleceniobiorcy