|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Zleceniobiorcy** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |   |  |  |  |  |  |  |  | **Załącznik nr 3b** |
| **Końcowe rozliczenie merytoryczno - finansowe z realizacji umowy – dot. środków bieżących (§ 4210)**  |
| Nazwa Programu: Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021 Nazwa zadania: **koordynacja opieki neonatologiczno-pediatrycznej na rzecz dzieci – ośrodek koordynujący dziecięcą opiekę koordynowaną (DOK)** |  |
| Dotyczy umowy Nr:......................... |  |  |  |
| Wartość przyznanych środków § 2 ust 2..................................................................zł |  |  |  |  |  |  |
| Środki otrzymane z Ministerstwa Zdrowia .................................................................zł |  |  |  |  |  |
| Środki wydatkowane (otrzymane z Ministerstwa Zdrowia ) .......................................zł |  |  |  |  |
| Środki podlegające zwrotowi: ....................................... Data zwrotu.............................zł |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | Wykonywany zakres rzeczowy zadań określonych w § 1 ust 2 umowy (rodzaj sprzętu §4210) | Plan według umowy (koszt wykonywania zadania określony w umowie – załącznik nr 1, kolumna nr 5) | Liczba wykonywanych zadań | Koszt całkowitywykonanychzadań ogółem | % udziałuwłasnego | Udział własny(zł) | Dofinasowanie z MinisterstwaZdrowia (zł) | Faktura | Uwagi |
| Wartość brutto | Numer | Data wystawienia |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **…** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miejscowość i data:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | podpis i pieczęć kierownika jednostki w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395, z późn. zm.) lub Głównego Księgowego |  | osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy  |
| Sporządzający: ............................... |  |  |  |  |
| Nr telefonu: …………………….  |  |  |  |  |
| Adres e-mail:……………………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **…………………………………** |  | **…………………………** |