**Sprawozdanie merytoryczne z realizacji zadania za całość realizacji umowy**

**Okres realizacji zadania**: od........................................ do................................................................

**I. Ogólne dane**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nazwa Realizatora*** |  |
| ***Nr umowy*** |  |
| ***Cel operacyjny NPZ (numer i nazwa)*** |  |
| ***Numer i nazwa zadania*** |  |
| ***Łączna kwota środków przekazanych Realizatorowi na realizację zadania*** |  |
| ***Łączna kwota środków rozliczonych przez Realizatora*** |  |
| ***% środków rozliczonych*** |  |
| ***Miejsce przechowywania dokumentacji*** |  |

**II. Sprawozdanie merytoryczne**

1. Informacja czy zakładane cele realizacji zadania zostały osiągnięte w wymiarze określonym w ofercie i umowie zawartej na realizację zadania, w tym:
   1. opis i poziom osiągnięcia wskaźników i efektów określonych w ofercie;
   2. opis realizacji zadania przez personel posiadający kwalifikacje określone w ofercie.

|  |
| --- |
|  |

1. Trudności, bariery, problemy napotkane w trakcie realizacji zadania.

|  |
| --- |
|  |

1. Opis wykonania zadań w oparciu o zał. nr 1 do umowy zawartej na realizację zadania tj. *Plan rzeczowo-finansowy* z wyszczególnieniem podmiotów wykonujących poszczególne działania oraz terminowością działań (na podstawie zał. nr 2 – *Harmonogramu realizacji zadania*)[[1]](#footnote-1).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Poszczególne działania realizowane w ramach zadania** | **Opis realizacji i wykonania działania** | **Termin realizacji działania** | **Realizator lub inny podmiot, który wykonał działanie** |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| ***20…. rok*** | | | |
| Działanie 1 |  |  |  |
| poszczególne składowe działania 1 |  |  |  |
| poszczególne składowe działania 1 |  |  |  |
| poszczególne składowe działania 1 |  |  |  |
| …. |  |  |  |
| ***20…. rok*** | | | |
| Działanie 1 itd…. |  |  |  |

1. Opis, w jaki sposób realizacja zadania wpłynęła na realizację celów strategicznych Narodowego Programu Zdrowia[[2]](#footnote-2)

|  |
| --- |
|  |

1. Szczegółowy opis osiągniętych rezultatów realizacji zadania.

|  |
| --- |
|  |

Poziom osiągnięcia zakładanych rezultatów realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz opis sposobu ich monitorowania/ewaluacji *(zgodnie ze złożoną ofertą)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Zakładane rezultaty[[3]](#footnote-3) realizacji zadania*** | ***Sposób monitorowania/ ewaluacji osiągniętych rezultatów*** | ***Poziom osiągnięcia wskaźnika rezultatu w odniesieniu do wartości docelowej*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Zestawienie wszystkich materiałów i utworów opracowanych w ramach realizacji zadania

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa materiału/utworu*** | ***Krótki opis*** |
| ***1.*** |  |  |
| ***2.*** |  |  |
| ***3.*** |  |  |

**III. Postęp finansowy dotyczący realizowanego zadania**

1. Podsumowanie wydatków za całość realizacji zadania

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Poszczególne działania realizowane w ramach zadania zgodnie z *Planem rzeczowo-finansowym*** | **Planowane koszty zgodnie z *Planem rzeczowo-finansowym*** | **Poniesione wydatki** | **% wykorzystania dofinansowania** *(3/2 x 100%)* |
| *1* | *2* | *3* | *4* |
| ***20…. rok*** | | | |
| działanie 1 |  |  |  |
| poszczególne składowe działania 1 |  |  |  |
| poszczególne składowe działania 1 |  |  |  |
| …. |  |  |  |
| ***20…. rok*** | | | |
| działanie 1 |  |  |  |
| …. |  |  |  |
| **OGÓŁEM** |  |  |  |

1. Dochody */jeśli dotyczy/*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj dochodu*** | ***Kwota*** |
| ***20…. rok*** | | |
|  |  |  |
| ***20…. rok*** | | |
|  |  |  |
| **Ogółem** | |  |

W tym, uzyskany przychód */jeśli dotyczy/*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj przychodu*** | ***Kwota*** |
| ***20…. rok*** | | |
|  |  |  |
| ***20…. rok*** | | |
|  |  |  |
| **Ogółem** | |  |

1. Łącznie do zwrotu */jeśli dotyczy/*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj środków*** | ***Kwota*** | | |
|  |  | ***20….*** | ***20…*** | ***20…*** |
|  | **Przychody** |  |  |  |
|  | **Kwota niewykorzystanej dotacji** |  |  |  |
| **Ogółem za dany rok** | |  |  |  |
| **Sumarycznie** | |  | | |

**IV. Oświadczenie Realizatora**

**Oświadczam, że:**

1. Od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Realizatora;
2. Wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym i rzetelnie odzwierciedlają rzeczowy i finansowy postęp realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego;
3. W sprawozdaniu nie pominięto żadnych istotnych informacji, ani nie podano nieprawdziwych informacji, które mogłyby wpłynąć na ocenę prawidłowości realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego oraz finansowego i rzeczowego postępu realizacji umowy;
4. Wszystkie wydatki wskazane w niniejszym Sprawozdaniu oraz w trakcie realizacji umowy zostały faktycznie poniesione, zgodnie z zapisami umowy i powszechnie obowiązujących przepisów prawa;
5. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 kodeksu karnego, dotyczącej poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

**Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora** *(właściwe wpisać)*

/dokument podpisany elektronicznie/

**V. Zatwierdzenie sprawozdania[[4]](#footnote-4)**

|  |  |
| --- | --- |
| *Sprawdzono pod względem merytorycznym* | Imię i nazwisko pracownika merytorycznego  Stanowisko *(właściwe wpisać wraz z datą złożenia podpisu)* |
| Imię i nazwisko Naczelnika Wydziału  *(właściwe wpisać wraz z datą złożenia podpisu)* |
| *Zatwierdzam sprawozdanie pod względem merytorycznym* | Imię i nazwisko Dyrektora/Zastępcy Dyrektora Departamentu  *(właściwe wpisać wraz z datą złożenia podpisu)* |
| *Sprawdzono pod względem rachunkowo-finansowym* | Imię i nazwisko pracownika merytorycznego  Stanowisko  *(właściwe wpisać wraz z datą złożenia podpisu)* |
| Imię i nazwisko Naczelnika Wydziału  *(właściwe wpisać wraz z datą złożenia podpisu)* |
| *Zatwierdzam sprawozdanie pod względem rachunkowo-finansowym* | Imię i nazwisko Dyrektora/Zastępcy Dyrektora Departamentu  *(właściwe wpisać wraz z datą złożenia podpisu)* |

1. Należy szczegółowo opisać wszelkie zainicjowane i podjęte działania zrealizowane w każdym roku budżetowym i przez cały okres realizacji zadania, w tym poziom realizacji całości działania, osiągnięte wskaźniki, cele, opracowane materiały, raporty lub inne dokumenty wymagane umową *(jeśli dotyczy)*. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z rozdz. I załącznika do *rozporządzenia Rady Ministrów z dn. 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020* (Dz.U. z 2016 r. poz. 1492): wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności, zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. [↑](#footnote-ref-2)
3. W miejscu tym należy wskazać zakładane rezultaty realizowanego zadania. Przykłady rezultatów realizacji zadania: podniesienie świadomości wśród grupy docelowej, uzyskanie konkretnych kompetencji, uprawnień, nawiązanie współpracy, wdrożenie rozwiązań opracowanych w badaniach. [↑](#footnote-ref-3)
4. Wypełnia Ministerstwo Zdrowia, część nieudostępniona Realizatorowi [↑](#footnote-ref-4)