**załącznik nr 2 do ogłoszenia**

SPRAWOZDANIE KOŃCOWE

z wykonania zadania z zakresu zdrowia publicznego

…………………………………………………………….

(nazwa obszaru)

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

(tytuł zadania)

w okresie od ................ do .................

określonego w umowie nr ..................

zawartej w dniu .............................................................. pomiędzy

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

*(nazwa Zleceniodawcy)*

a ....................................................................................................

(nazwa Zleceniobiorcy(-ów), siedziba, nr Krajowego Rejestru Sądowego, innego rejestru lub ewidencji)

Data złożenia sprawozdania

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

(wypełnia UM Świdwin)

**Część I. Sprawozdanie merytoryczne**

1. **Informacja, czy zakładane cele realizacji zadania zostały osiągnięte w wymiarze określonym w  pkt. 1 oferty**

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis wykonania zadania z wyszczególnieniem podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym, wykonujących poszczególne działania określone w pkt 3 oferty**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poszczególne działania w zakresierealizowanego zadania wraz z krótkim opisem wykonania zadania | Terminyrealizacjiposzczególnychdziałań | Zleceniobiorca(-y) lub inny podmiot, który wykonywał działanie w zakresie realizowanegozadania  |
|  |  |  |

1. **Liczbowe określenie skali działań zrealizowanych w ramach zadania w zakresie zdrowia publicznego**

|  |
| --- |
|  |

1. **Sposób promocji Gminy Miejskiej Świdwin podczas realizacji zadania**

**Część II. Sprawozdanie z wykonania wydatków zadania w zakresie zdrowia publicznego.**

1. **Rozliczenie ze względu na rodzaj kosztów (w zł)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj kosztów | Całość zadania zgodniez umową (w zł) | Poprzedni okressprawozdawczy(w zł) | Bieżący okressprawozdawczy — zaokres realizacji zadaniapublicznego (w zł) |
|  |  | koszt całkowity | z tego pokryty ze środków przekazanych przez Zleceniodawcę (w zł). | z tego pokryty z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł, w tym wpłat i opłat adresatów zadania  | z tego pokryty z wkładu osobowego, w tym pracy społecznej członków i świadczeń wolontariuszy | koszt całkowity | z tego pokryty ze środków przekazanych przez Zleceniodawcę (w zł). | z tego z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł, w tym wpłat i opłat adresatów zadania  | z tego pokryty z wkładu osobowego, w tym pracy społecznej członków i świadczeń wolontariuszy | koszt całkowity | z tego pokryty ze środków przekazanych przez Zleceniodawcę (w zł). | z tego z finansowych środków własnych, środków z innych źródeł w tym wpłat i opłat adresatów zadania  | z tego pokryty z wkładu osobowego, w tym pracy społecznej członków i świadczeń wolontariuszy |
| I. | Kosztymerytoryczne (z uwzględnieniemkosztówjednostkowych)poniesione przez*Zleceniobiorcę*1) ............2) ............ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II. | Koszty obsługizadania,w tym kosztyadministracyjne(z uwzględnieniemkosztówjednostkowych)poniesione przez *Zleceniobiorcę*1) ....................2) .................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| III. | Inne koszty, w tymkosztywyposażeniai promocji(z uwzględnieniemkosztówjednostkowych)poniesione przez *Zleceniobiorcę*1) .......................2) ....................... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IV. | Ogółem |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Rozliczenie ze względu na źródło finansowania zadania w zakresie zdrowia publicznego.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Źródło finansowania | Całość zadania(zgodnie z umową) | Bieżący okres sprawozdawczy— za okres realizacji zadania |
|  | zł | % | zł  | % |
| Koszty pokryte ze środków przekazanych przez Zleceniodawcę:Z tego z odsetekbankowych: |  |  |  |  |
| Koszty pokryteze środków finansowychwłasnych: |  |  |  |  |
| Koszty pokryteze środków finansowychz innych źródeł(ogółem):Z tego:Z wpłat i opłatadresatów zadaniapublicznego:Z finansowych środkówz innych źródełpublicznych(w szczególności: dotacji z budżetu państwa lubbudżetów jednosteksamorząduterytorialnego, funduszycelowych, środkówz funduszystrukturalnych):Z pozostałych źródeł: |  |  |  |  |
| Koszty pokryte z wkładuosobowego(w tym świadczeńwolontariuszy, pracyspołecznej członków) |  |  |  |  |
| Ogółem: |  | 100 % |  | 100 % |

Uwagi, które mogą mieć znaczenie przy ocenie prawidłowości wykonania wydatków:

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

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

1. **Zestawienie faktur (rachunków)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Numerdokumentuksięgowego | Numerpozycjikosztorysu(zgodniez rozliczeniemze względuna rodzajkosztów) | Datawystawieniadokumentuksięgowego | Nazwakosztu | Kwota(zł) | Z tegoze środków przekazanych przez Zleceniodawcę  (zł) | Z tegoze środkówfinansowychwłasnych,środkówz innychźródeł, w tymwpłat i opłatadresatówzadania (zł) | Datazapłaty |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Część III. Dodatkowe informacje**

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

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

Załączniki:

1. ...................................................................................................................................................

2. ...................................................................................................................................................

3. ...................................................................................................................................................

Oświadczam(-y), że:

* 1. od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Zleceniobiorcy(-ów);
	2. wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
	3. wszystkie kwoty wymienione w zestawieniu faktur (rachunków) zostały faktycznie poniesione;
	4. osoby wskazane w niniejszym sprawozdaniu zostały poinformowane o przekazaniu ich danych osobowych Urzędowi Miasta Świdwin i zapoznały się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania ich danych osobowych przez Urząd Miasta Świdwin, stanowiącą załącznik do umowy o powierzenie realizacji zadania z zakresu zdrowia publicznego.

(pieczęć(-cie) Zleceniobiorcy(-ów)

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

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

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

(podpis osoby upoważnionej lub podpisy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Zleceniobiorcy(-ów))

Poświadczenie złożenia sprawozdania

|  |
| --- |
|  |

Adnotacje urzędowe

|  |
| --- |
|  |