

Pieczętka Podmiotu

Załącznik nr 1 do umowy nr
z dnia

**Program Zdrowotny „Ocena ryzyka występowania choroby nadciśnieniowej
u młodzieży szkolnej pomiędzy 18 a 19 rokiem życia”**

.....2013r. Szkoła.....

L.P.	IMIĘ	NAZWISKO	PESEL	WYRAŻAM ZGODĘ NA UDZIAŁ W PROGRAMIE ZDROWOTNYM	ZALECENIA	

.....
Data i podpis pielęgniarki

Pieczętka Podmiotu

Załącznik nr 2 do umowy nr
z dnia

ZAKRES MERYTORYCZNO – FINANSOWY

dotyczący realizacji programu profilaktycznego „Ocena ryzyka występowania choroby nadciśnieniowej u młodzieży szkolnej pomiędzy 18 a 19 rokiem życia” w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 29 listopada 2013r.

I

L.p.	Okres realizacji programu (od - do)	Miejsce realizacji programu (adres szkoły, placówki)	Liczba uczniów objęta programem	Liczba uczniów skierowanych na konsultację i dalsze leczenie	Koszt objęcia programem jednego ucznia	Koszty poniesione w związku z realizacją umowy (udokumentowane)

II

Wykaz osób realizujących program

.....
Podpis Dyrektora Podmiotu

Oświadczam, iż podana liczba osób jest zgodna z imienną listą (z numerami PESEL) uczniów objętych programem potwierdzającą fakt wzięcia udziału w programie. Zakład posiada również dokumenty finansowe potwierdzające poniesione koszty w związku z realizacją umowy (do wglądu w przypadku kontroli prawidłowości realizacji umowy).

.....
Podpis Dyrektora Podmiotu

Pieczętka Podmiotu

**Załącznik nr 3 do umowy nr
z dnia**

SPRAWOZDANIE FINANSOWE

dotyczący realizacji programu profilaktycznego „Ocena ryzyka występowania choroby nadciśnieniowej u młodzieży szkolnej pomiędzy 18 a 19 rokiem życia” w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 29 listopada 2013r.

L.p.	Nazwa wydatku - rodzaj kosztu (dotyczącego sfinansowania ze środków Miasta)	Dokument finansowy (dotyczy kosztów finansowanych przez Miasto)			Kwota na jaką opiewa dokument	Kwota dofinansowania ze środków Miasta
		Nazwa	Numer	Data wystawienia		
1.						
2.						
3.						
4.						

Podpis Dyrektora Podmiotu

.....

Załącznik nr 4 do umowy nr
z dnia

(Pieczęć Podmiotu)

Warszawa, dnia.....

OŚWIADCZENIE

.....
(pełna nazwa i adres Podmiotu)

jest*

- ☐ **czynnym**
- ☐ **zwolnionym**
- ☐ **nie jest**

podatnikiem podatku od towarów i usług i posiada numer identyfikacji podatkowej (NIP)

Nadany przez
(nazwa i adres Urzędu Skarbowego)

1. Rozliczenie należnego zobowiązania podatkowego dokonywane jest na podstawie deklaracji VAT składanych za okresy*:
 - ☐ miesięczne;
 - ☐ kwartalne.
2. Realizacja zadania określanego w umowie w ramach środków finansowanych uzyskanych z budżetu m.st. Warszawy*
 - ☐ będzie;
 - ☐ nie będzie;powiązana z czynnościami podlegającymi opodatkowaniu podatkiem od towarów i usług.
3. Obniżenie kwoty podatku należnego o podatek naliczony związany ze sprzedażą opodatkowaną dokonane będzie*:
 - ☐ Na zasadach ogólnych;
 - ☐ Na podstawie proporcji ustalonej zgodnie z art. 90 ust. 2-9 oraz uwzględnieniem art. 91 ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. Nr 54 poz. 535 z późn. zm.).
Na dzień przyznania środków finansowanych stosowna proporcja wynosi %

Ostateczna kwota podatku naliczonego podlegającego odliczeniu oraz kwota dokonanego zwrotu określona zostanie w odrębnym oświadczeniu końcowym, stanowiącym Załącznik Nr do umowy składanym po zakończeniu realizacji zadania publicznego, powiązanego z czynnościami podlegającymi podatkiem od towarów i usług.

.....
Podpis Dyrektora Podmiotu

*wybrać właściwą opcję

Pieczętka Podmiotu

**Załącznik nr 5 do umowy nr.....
z dnia**

Karta Badania Uczestnika

Programu „Ocena ryzyka występowania choroby nadciśnieniowej u młodzieży szkolnej pomiędzy 18 a 19 rokiem życia” w okresie od dnia podpisania umowy do dnia 29 listopada 2013r.

Badania przesiewowe pielęgniarskie			Konsultacja lekarza Data	
Pomiar ciśnienia tętniczego krwi		Pomiar masy ciała i wzrostu	Rozpoznanie Uwagi/zalecenia	Skierowanie na dalsze konsultacje, leczenie w <u>poradniach specj.</u>
Data.....		Data.....		
Ręka lewa	Ręka prawa/.....		
.....	Pomiar obwodu brzucha		
Data.....		Data.....		
Ręka lewa	Ręka prawa		
.....	Uwagi:		
Ocena średnich wartości ciśnienia	 Podpis pielęgniarki		
.....			

Pieczętka Podmiotu

Załącznik nr 6 do umowy nrz dnia.....

L.p.	Dzielnica	Nazwa Zespołu	Ulica	Typ	Dla	Nazwa Szkoły	Liczba uczniów
1	Ochoła	Zespół Szkół nr 4 im. Eugeniusza Kwiatkowskiego	Szczęśliwicka 46	T	dz/mł	Technikum nr 10	
2	Ochoła	Zespół Szkół nr 4 im. Eugeniusza Kwiatkowskiego	Szczęśliwicka 46	LP	dz/mł	IX Liceum Profilowane	
3	Ochoła	Zespół Szkół nr 4 im. Eugeniusza Kwiatkowskiego	Szczęśliwicka 46	Tu	dz/mł	Technikum Uzupełniające nr 7	
4	Ochoła	Zespół Szkół im. inż. Stanisława Wysockiego d. „Kolejówka”	Szczęśliwicka 56	T	dz/mł	Technikum nr 7	
5	Ochoła	Zespół Szkół im. inż. Stanisława Wysockiego d. „Kolejówka”	Szczęśliwicka 56	LP	dz/mł	X Liceum Profilowane	
RAZEM							

Załącznik nr 7 do umowy
nr.....
z dnia

PROGRAM :

**„OCENA RYZYKA WYSTĘPOWANIA CHOROBY NADCIŚNIENIOWEJ U
MŁODZIEŻY SZKOLNEJ POMIĘDZY 18 A 19 ROKIEM ŻYCIA”**

Szkoła:

1.
2.
3.
4.
5.

Realizatorzy programu:

1.
2.
3.
4.
5.
6.