

Pieczętka Zakładu

Załącznik nr 1 do umowy nr
z dnia

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

.....2013 r. Szkoła.....

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

.....
Data i podpis pielęgniarki

Pieczętka Zakładu

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 2013 r.

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 Zakładu

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 Zakładu

Pieczętka Zakładu

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 30 listopada 2013 r.

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 Zakładu

.....

Załącznik nr 4 do umowy nr
z dnia

Warszawa, dnia.....

OŚWIADCZENIE

.....
(pełna nazwa i adres Zakładu)

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 Zakładu

*wybrać właściwą opcję

Pieczętka Zakładu

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 2013 r.

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: Podpis pielęgniarki		
Ocena średnich wartości ciśnienia				
.....			

Załącznik nr 6 do umowy nrZ dnia.....

L.p.	Dzielnica	Nazwa Zespołu	Ulica	Typ	Dla	Nazwa Szkoły	Liczba uczniów
1							
2							
3							
4							
5							
RAZEM							

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.