**Załącznik nr 7**

**do umowy nr** ……………………………

………………………………………………………………..

Nazwa Realizatora (pieczęć)

**Sprawozdanie merytoryczne za rok** …………..

**Nazwa programu:** Program polityki zdrowotnej pn. „Poprawa dostępności do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w szkołach w 2018 r.”

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Liczba utworzonych i wyposażonych gabinetów dentystycznych | Liczba dzieci i młodzieży, którym udzielono świadczeń stomatologicznych w szkolnym gabinecie dentystycznym | Liczba dzieci i młodzieży oraz rodziców objętych w 2018 r. projektem edukacyjnym | % przyrostu wiedzy osób objętych projektem (na podstawie analizy ankiety wstępnej i końcowej) |
|  |  |  |  |

Uwagi/ wnioski:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………..………………………

………………………………………………………….. …………………………………………………………….….

 Miejscowość i data Podpis i imienna pieczęć Realizatora lub

osoby upoważnionej do reprezentacji Realizatora