**Nazwa Zleceniobiorcy**

 **Załącznik nr 5**

do umowy nr ……………………….

**Informacja o sposobie wykorzystania sprzętu zakupionego w ramach programu polityki zdrowotnej pn.:**

Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021

Nazwa zadania: **odżywianie mlekiem kobiecym noworodków i niemowląt przez utworzenie sieci banków mleka kobiecego w 2018 roku**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa zakupionego sprzętu w ramach umowy określonego w § 1 ust. 2 umowy** | **Liczba zakupionego sprzętu w ramach umowy** | **Miejsce instalacji sprzętu (oddział/ klinika/****zakład)** | **Data instalacji sprzętu w jednostce lub odbioru inwestycji w inne środki trwałe** | **Data uruchomienia sprzętu w jednostce**  | **Liczba personelu udzielającego świadczeń** | **Liczba świadczeń udzielonych na sprzęcie objętym umową** | **Okres w którym sprzęt nie były wykorzystywane** | **Przyczyna niewykorzystywania sprzętu** | **Termin ponownego uruchomienia sprzętu** | **liczba dzieci żywionych mlekiem z banku mleka kobiecego** | **uwagi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Miejscowość i data:

Sporządzający: ............................... podpis i pieczęć kierownika jednostki osoba upoważniona do reprezentacji Zleceniobiorcy
Nr telefonu: …………………………….…. w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 6 ustawy
Adres e-mail:………………..……………. z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości
 (Dz. U. z 2018 r. poz. 395, z późn. zm.)
 lub Głównego Księgowego

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