**Załącznik nr 9**

**dotyczy umowy nr ……….**

**Nazwa Zleceniobiorcy**

(pieczątka jednostki)

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Okres realizacji świadczeń w ramach DOK** | **Liczba dzieci objętych dziecięcą opieką koordynowaną do 3 r.ż.**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Uwagi/wnioski:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………

(Miejscowość, data)

 ………………………………………………………….

 Podpis i imienna pieczęć osoby upoważnionej

 do reprezentacji Zleceniobiorcy