

Załącznik 4 do konkursu

**Sprawozdanie realizatora z przeprowadzonych działań**

Nazwa i adres podmiotu	Sprawozdanie z przeprowadzonych działań wg informacji zawartych w kartach oceny skuteczności programu przechowywanych przez składającego sprawozdanie za okres sprawozdawczy  od ..... do .....	Adresat: Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sławnie
		Sprawozdanie należy przekazać w terminie 14 dni po okresie sprawozdawczym

Liczba wykonanych pierwszych wizyt	Liczba wykonanych Kolejnych wizyt	Liczba pacjentów, którzy ukończyli pełen cykl rehabilitacyjny	Liczba pacjentów, którzy nie ukończyli pełnego cyklu rehabilitacyjnego

Liczba pacjentów, u których doszło do pozytywnej zmiany w zakresie oceny nasilenia dolegliwości bólowych	Liczba pacjentów, u których nie doszło do pozytywnej zmiany w zakresie nasilenia dolegliwości bólowych

....., dnia .....

(miejscowość)

(data)

.....

(pieczęć i podpis osoby działającej w imieniu realizatora)