**TERVIST JA HEAOLU TOETAVATE TEGEVUSTE**

**ARUANDE VORM**

|  |
| --- |
| **SÜNDMUSE VÕI SARJA PEALKIRI** |
|  |

|  |
| --- |
| **TEGEVUSTE LÜHIKIRJELDUS** |
|  |

|  |
| --- |
| **OSALEJATELT SAADUD TAGASISIDE KOKKUVÕTE** |
|  |

|  |
| --- |
| **EESMÄRGI TÄITMINE, JÄTKUTEGEVUSTE KIRJELDUS** |
|  |

|  |
| --- |
| **ESITATAVAD LISAD (KOOLITUSPÄEVA KAVAD, FOTOD, VIDEOMATERJAL, TRÜKISED vms)** |
| *Lisada fotod või viide failidele / nende asukohale* |
| **KULUDE ARUANNE** |
| Nr | Arve esitaja / lepingupartner | Toode / teenus | Summa |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| **Summa kokku** |  |
| **ARUANDE ESITAJA KONTAKTANDMED**  |
| Nimi (amet): E-post: Telefoni nr:  |  |

Pärnumaa Omavalitsuste Liidu rahvatervisekomisjon võib vajadusel küsida lisainfot ja täiendavaid dokumente sündmuse või sarja läbiviimise kohta.

**ALLKIRJASTADES KINNITAN, ET ERALDATUD VAHENDID ON KASUTATUD EESMÄRGIPÄRASELT TAOTLUSES ESITATUD EELARVET JÄRGIDES.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Aruande allkirjastaja**  | **Allkiri** |
| Nimi: | *Allkirjastatud digitaalselt* |