Wzór nr 12– C4\_K

**Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla beneficjenta wykonanej
w ramach programu „Aktywny samorząd”**

**Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem:** www.pcpr.walbrzych.pl, **a także na:** [**www.pfron.org.pl**](http://www.pfron.org.pl)

Imię i nazwisko Wnioskodawcy:…………………………………………......................….

Poziom amputacji:……………………………………………………...................……..…..

Opis problemu: ……………………………………………………………………………….

Co zostało zrobione:………………………..………………………………….....................

**Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych fabrycznie**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Nazwa elementu | Producent i symbol elementu | Nazwa handlowa (jeśli jest ) | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Suma (w zł**) |  |

**Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonanych indywidualnie dla beneficjenta/prac naprawczych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L. p | Nazwa elementu/ czynność naprawcza | Parametry techniczne i materiałowe | Okres gwarancji | Cena brutto |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Suma (w zł**) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Całkowita cena brutto protezy (w zł) |  |

...........................................

(podpis osoby uprawnionej)