***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 na:** [**www.pcpr-pabianice.pl**](http://www.pcpr-pabianice.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 wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy/prac naprawczych**

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

|  |
| --- |
|  |

Całkowita cena brutto proponowanej protezy (w zł)