*Załącznik nr 4 Obszar C/ Zadanie 4*

Wzór nr 12 – C4\_K

Specyfikacja i kosztorys naprawy protezy dla Beneficjenta w ramach programu „Aktywny samorząd”

# Instrukcja wypełniania

Wypełnij formularz.

Jeżeli potrzebujesz zapewnienia dodatkowej dostępności informacyjno-komunikacyjnej, ustalimy Twoje prawo do żądania dostępności i je zrealizujemy lub zapewnimy dostęp alternatywny.

1. W przypadku pisma odręcznego – wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem.
2. Jeśli potrzebujesz wsparcia w celu zapewnienia dostępności lub w wypełnieniu formularza, zadzwoń na infolinię: 22 581 84 10.

Data: Miejscowość:

Imię i nazwisko Wnioskodawcy: Poziom amputacji:

Opis problemu:

Co zostało zrobione:

# Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych fabrycznie

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa elementu** | **Producent i symbol elementu** | **Nazwa handlowa (jeśli jest)** | **Parametry techniczne****i materiałowe** | **Okres gwarancji****w miesiącach** | **Cena brutto w złotych** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| Suma w złotych | 0,00 |

**Specyfikacja wymienionych elementów protezy wykonywanych indywidualnie dla wnioskodawcy/prac naprawczych**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa elementu / czynność naprawcza** | **Parametry techniczne i materiałowe** | **Okres gwarancji w miesiącach** | **Cena brutto w złotych** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| Suma w złotych | 0,00 |

Całkowita cena brutto naprawy protezy (w złotych):

0,00

# Wystawca specyfikacji i kosztorysu naprawy protezy:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu do kontaktu: