Wzór nr 11– C3\_K

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

**Proszę wypełniać za pomocą formularza aktywnego, dostępnego pod adresem e’mail Oddziału PFRON:** ……………………………, **a także na:** [**www.pfron.org.pl**](http://www.pfron.org.pl)

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

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

**Specyfikacja zastosowanych 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 elementów protezy wykonanych indywidualnie dla beneficjenta**

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

|  |
| --- |
|  |

Całkowita cena brutto protezy (w zł)