…………………………………………….

 *miejscowość, data*

………………………………………………

*pieczęć Pracodawcy*

**Spis wyposażenia stanowiska pracy wyposażonego przy zaangażowaniu środków PFRON zgodnie z umową nr ……………………………………………………………………..**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj wyposażenia** | **Numer seryjny** | **Numer inwentarzowy** | **Ilość szt.** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………………….

*Podpis zatrudnionego*

*(skierowanej osoby niepełnosprawnej)*