

.....  
*miejsowość, data*

.....  
*pieczęć Pracodawcy*

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

<b>Lp.</b>	<b>Rodzaj wyposażenia</b>	<b>Numer seryjny</b>	<b>Numer inwentarzowy</b>	<b>Ilość szt.</b>

.....  
*Podpis zatrudnionego  
(skierowanej osoby niepełnosprawnej)*