Załącznik nr ….do wniosku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą /osoby prawnej/jednostki organizacyjnej nie posiadającej osobowości prawnej o dofinansowanie ze środków PFRON zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny

**Kalkulacja planowanych kosztów realizacji zadania**

………………………………………………………………………………………………

( nazwa zadania )

Całkowity koszt zadania ……............................................. złotych,

(słownie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………)

w tym:

1. kwota udziału własnego Wnioskodawcy …………………………………………zł
2. kwota dofinansowana ze środków PFRON …………………………………..zł

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa sprzętu** | **Ilość** **(** szt.**)** | **Cena jednostkowa****( w złotych)** | **Wartość ogółem****( w złotych)** | **Udział własny****( w złotych)** | **Wnioskowane dofinansowanie ze środków PFRON****( w złotych)** |
| **środki własne** | **środki pozyskane z innych źródeł** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |  |  |

 …………………………………………………………………….

 *(Data i podpis/y Wnioskodawcy/osób reprezentujących Wnioskodawcę*