PFRON 2017 POWIAT BYDGOSKI

…….
pieczęć pracodawcy

…….
miejscowość, data

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)