Załącznik Nr 6

**SZCZEGÓŁOWA SPECYFIKACJA I HARMONOGRAM WYDATKÓW**

**DOTYCZĄCYCH WYPOSAŻENIA LUB DOPOSAŻENIA STANOWISKA PRACY,**

**W TYM ŚRODKÓW NIEZBĘDNYCH DO ZAPEWNIENIA ZGODNOŚCI STANOWISKA PRACY Z PRZEPISAMI BHP ORAZ WYMAGANIAMI ERGONOMII**

**(oddzielnie dla każdego stanowiska)**

**Nazwa stanowiska…………………………………………………………………………...**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Wyszczególnienie zakupów**  **(tylko środki podlegające refundacji)**  **(środki trwałe, urządzenia, maszyny itp.)** | **Ilość sztuk** | **Rynek**  **pierwotny/**  **wtórny**  **(wpisać właściwe)** | **Kwota kosztów ogółem**  **w PLN** | **Przewidywany termin zakupów**  **(miesiąc, rok)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Razem** |  |  |  |  |

**Uzasadnienie celowości planowanych zakupów w ramach refundacji, związanych bezpośrednio  
i jednoznacznie z wyposażonym lub doposażonym stanowiskiem pracy:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………...............................................................

(data i podpis złożony w dniu składania wniosku do PUP

osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania wnioskodawcy)