

.....
Stempel firmowy sprzedawcy

Dokument wydany dla potrzeb Powiatowego Centrum pomocy Rodzinie we Włoszczowie – program „Aktywny Samorząd”

Pacjent, z uwagi na wskazania lekarskie oraz możliwości funkcjonalne, stan i zakres dysfunkcji narządu ruchu powodującej niepełnosprawność wymaga wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym, wyposażonego w:

(proszę zakreślić właściwe pola <input type="checkbox"/>)		Orientacyjny, dodatkowy koszt w zł
<input type="checkbox"/>	niestandardowe sterowniki umożliwiające sterowanie wózkiem za pomocą jedynie władnych części ciała jak np.: ręki, palca, brody, stopy, warg lub wdechu i wydechu powietrza itp.	
<input type="checkbox"/>	urządzenia umożliwiające prowadzenie wózka także przez osobę towarzyszącą (hamulec, sterownik itp.)	
<input type="checkbox"/>	niestandardowe siedzisko (np. z windą podnoszącą, rehabilitacyjne, zapewniające maksymalną stabilizację, przeciwoślizgowe, itp.)	
<input type="checkbox"/>	specjalne, regulowane (w tym elektrycznie i w różnych płaszczyznach): podnóżki, podłokietniki lub oparcia nadgarstków	
<input type="checkbox"/>	<u>kliny zapobiegające zsuwaniu się Pacjenta z wózka lub podpórki boczne, peloty piersiowe</u>	
<input type="checkbox"/>	zagłówek stabilizujący głowę i szyję (w kształcie litery U)	
<input type="checkbox"/>	specjalne pasy bezpieczeństwa (np. dwupunktowe zapinane na biodrach, czteropunktowe)	
<input type="checkbox"/>	taki sposób, aby wózek był indywidualnie dopasowany do sylwetki Pacjenta (np. w przypadku niestandardowego wzrostu czy wagi Pacjenta)	
<input type="checkbox"/>	inne elementy i urządzenia (np. umożliwiające podłączenia joysticka wózka do komputera i posługiwanie się nim jak myszką), jakie:	
Łącznie:		
RAZEM orientacyjna cena wózka inwalidzkiego o napędzie elektrycznym dla Pacjenta:		

....., dnia podpis.
 (podpis sprzedawcy)

.....
 (imię i nazwisko Wnioskodawcy)

.....
 (adres Wnioskodawcy: miejscowość, nr kodu, ulica, nr domu, nr mieszkania)