Załącznik nr 4 do SWZ

**POTWIERDZENIE WYKONANIA PRZEWOZÓW**

wypełnia dyrektor ośrodka

…………………………, dn………………………..

miejscowość

…………………………………………………

 pieczęć placówki

Potwierdzam liczbę ……… dni wykonywania przewozów przez ……………………………

 (nazwa przewoźnika)

W miesiącu: …………………………

…………………………………………………

 podpis i pieczęć dyrektora