**ZAŁĄCZNIK NR 5 IDW**

na usługę pn. „Świadczenie usług społecznych w postaci tymczasowego schronienia z usługami opiekuńczymi wraz z wyżywieniem dla osób bezdomnych z terenu Miasta Pruszcz Gdański”

**Wykonawca**

……………………………………

……………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności   
od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Znak sprawy: ZP.271.1.2024

**Kosztorys ofertowy**

**na usługę pn. „Świadczenie usług społecznych w postaci tymczasowego schronienia z usługami opiekuńczymi wraz z wyżywieniem dla osób bezdomnych**

**z terenu Miasta Pruszcz Gdański”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Liczba osób** | **Przewidywana (szacowana) liczba dni pobytu na osobę** | **Cena brutto za jedną osobę - za jedną dobę pobytu takiej osoby** | **Cena brutto za łączną grupę osób w wierszu**  **(kol. 4 x 3 x 2)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1 | **10 osób**  (w okresie sierpień – grudzień) | 135 dni | **………….. zł** | **………….. zł** |
| **SUMA brutto:** | | | | **………….. zł** |

***UWAGA!!!***

***DOKUMENT/PLIK (KOSZTORYS OFERTOWY) NALEŻY ZŁOŻYĆ W FORMIE LUB POSTACI ELKTRONICZNEJ tj. PODPISAĆ KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM   
LUB PODPISEM ZAUFANYCH LUB PODPISEM OSOBISTYM (e-dowód)***