**Załącznik nr 9 do SWZ**

**Niniejszy dokument należy opatrzyć zaufanym, osobistym lub kwalifikowanym podpisem elektronicznym. Uwaga! Nanoszenie jakichkolwiek zmian w treści dokumentu po opatrzeniu w.w. podpisem może skutkować naruszeniem integralności podpisu,   
a w konsekwencji skutkować odrzuceniem oferty** **Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie poszczególnych tabel**

**Wykonawca:**

|  |
| --- |
|  |

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

reprezentowany przez:

|  |
| --- |
|  |

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

**KOSZTORYS DLA ZADANIA NR 2**

**"Świadczenie usług w zakresie dowozu i odwozu uczniów niepełnosprawnych z terenu Gminy Bobolice do i z placówek oświatowych na terenie Miasta Koszalin wraz z zapewnieniem opieki podczas realizacji zadania."**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedział kilometrowy | Cena za dzień usługi wyrażona w PLN | | Całkowite wynagrodzenie wykonawcy za okres od 4 września 2023r. do dnia zakończenia roku szkolnego włącznie, wyrażone w PLN(przewidywana ilość dni 186) |
| Cena netto | Cena brutto |
| 0-130km |  |  |  |
| 131km-171km |  |  |  |
| 172km-211km |  |  |  |

\*Wykonawca wypełnia wszystkie puste pola.

………………………………………….

*Data; kwalifikowany podpis elektroniczny*