**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.271.2.2024

**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. | **12 osób**(w okresie styczeń – czerwiec 2025) | 181 dni  | **………….. zł**  | **………….. zł** |
| 2. | **13 osób**(w okresie lipiec – grudzień 2025) | 184 dni  | **………….. zł**  | **………….. zł** |
| **SUMA brutto – wiersze 1 i 2:**  | **………….. 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)***