Załącznik nr 3 do SWZ

**POTWIERDZENIE WYKONANIA TRANSPORTU UCZNIÓW NIEPEŁNOSPRAWNYCH Z GMINY POLKOWICE**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(Nazwa placówki)

w………………………………………………………. w miesiącu……………………………………………………………………..2024

(miejscowość)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień miesiąca | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| Wykonanie przewozu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dzień miesiąca | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| Wykonanie przewozu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dzień miesiąca | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| Wykonanie przewozu |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dzień miesiąca | 31 |
| Wykonanie przewozu |  |

…………………………………………….. ………………………………………………………

( pieczęć i podpis przewoźnika) ( pieczęć i podpis placówki)