**Szacunek przedmiotu zamówienia**

Nazwa:

ORGANIZACJA WYJAZDU STUDYJNEGO DO UZDROWISKA KONSTANCIN ZDRÓJ

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełna nazwa  i adres podmiotu dokonującego szacowania wartości zamówienia** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr kolumny** | **1** | **2** | **3** |
| **Zakres przedmiotu zamówienia** | **Kwota NETTO za wykonanie przedmiotu zamówienia** | **Stawka VAT** | **Kwota brutto za wykonanie przedmiotu  zamówienia** |
| Koszt wynagrodzenia opiekunów/trenerów | …………………….. | …………………….. | …………………….. |
| nocleg (jedna noc,  25 uczestników) | …………………….. | …………………….. | …………………….. |
| wyżywienie (kolacja, śniadanie, obiad) | …………………….. | …………………….. | …………………….. |

.................................. , dnia ......................

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

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)*