**Załącznik 3 do zapytania ofertowego** ……………………., dnia ……………….roku

**Szczegółowy opis programu turnusu**

**Dane Zamawiającego: Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Michałowice**Reguły, ul. Aleja Powstańców Warszawy 1, 05-816 Michałowice

tel.: 22 350 91 20, e-mail: sekretariat@gops.michalowice.pl

**Wykonawca oświadcza, że będzie realizował turnus zgodnie z poniższym programem**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dzień turnusu** | **Szczegółowy program turnusu** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 ……………………………………..

 czytelny podpis osoby uprawnionej ze strony Wykonawcy