**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA (załącznik nr 1)**

dotyczy zapytania ofertowego nr 07/05/2018 z dnia 23.05.2018r. na usługę wynajmu obiektów sportowych podczas Mistrzostw Polski Osób Niepełnosprawnych w Lekkiej Atletyce. Wydarzenie jest współfinansowane w ramach projektu pt. „Cykl Imprez Sportowych dla Osób Niepełnosprawnych obejmujący Mistrzostwa Polski w Narciarstwie Biegowym i Lekkiej Atletyce oraz Ogólnopolski Miting Pływacki”, realizowanego w ramach umowy nr ZZB/000476/BF/D z dnia 16.03.2018r., podpisanej pomiędzy Polskim Związkiem Sportu Niepełnosprawnych „Start” a Państwowym Funduszem Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Oferenta** | |  | | |
| **Dane teleadresowe (pełny adres, telefon, strona www, NIP, REGON)** | |  | | |
| **Dane osoby składającej ofertę (Imię, nazwisko, telefon, e-mail)** | |  | | |
| **CZEŚĆ A – OFERTA CENOWA** | | | | |
| **Opis kryterium** | | **Cena** | | |
| **Netto** | | **Brutto** |
| **Wynajem obiektu sportowego na terenie miasta Bydgoszcz, w terminie 09-10.06.2018r.**  - stadion lekkoatletyczny 8-torowy z certyfikatem IAAF na 8h (10:00-18:00), w dniu 09.06.2018r.  - stadion lekkoatletyczny 8-torowy z certyfikatem IAAF na 3h (09:00-12:00), w dniu 10.06.2018r.  - usługa pomiaru czasu w całym okresie wynajmu wraz z obsługą.  - pomieszczenie biura zawodów wyposażone w meble biurowe.  - przebieralnie, umywalnia oraz szatnia w całym okresie wynajmu.  - trybuna dla widzów na około 2000 osób | |  | |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** | |  | |  |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE** | | | | |
| **Kryterium** | **Opis elementów kryterium** | | **Dodatkowa informacja o kryterium**  *(w przypadku dodatkowej odpłatności należy wpisać koszt jednostkowy)* | |
| **Lokalizacja  i dostosowanie obiektu dla osób niepełnosprawnych** | Lokalizacja obiektu na terenie miasta Bydgoszcz. Podanie **pełnej nazwy oraz adresu miejsca**, w którym będzie realizowane wydarzenie. Obiekt w pełni dostosowany dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. | |  | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data