Załącznik nr 1

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

(dotyczy zapytania ofertowego nr 12/06/2018 z dnia 29.06.2018r. na usługę hotelową, gastronomiczną oraz wynajem obiektów sportowych podczas obozu sportowego dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Cykl obozów sportowych i weekendów sportowych aktywizujących osoby niepełnosprawne”).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |
| **Koszt zakwaterowania** w pokojach jednoosobowych, dwuosobowych (w wyjątkowych przypadkach dopuszczalne są pokoje wieloosobowe) z łazienkami dla 41 osób (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) w terminie 20-30.08.2018r. Proszę wskazać ilość i rodzaj oferowanych pokoi. Pokoje dla przynajmniej 4 osób powinny być przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. | | |  | |  |
| **Koszt wyżywienia** (śniadanie, obiad, kolacja) dla 41 osób (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) w terminie 20-30.08.2018r. (od obiadu w dniu 20.08.2018 do śniadania w dniu 30.08.2018). Wykonawca powinien umożliwić spożywanie posiłków przez osoby z niepełnosprawnościami. | | |  | |  |
| **Koszt dostępu do obiektów sportowych** dostosowanych dla osób z niepełnosprawnościami tj.  - boisko do gier zespołowych: 3h/dzień  - siłownia i sala fitness: 3h/dzień  - sala sportowa do gier zespołowych: 3h/dzień  w terminie 21-29.08.2018r. | | |  | |  |
| **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 województwa Mazowieckiego. Podanie **pełnej nazwy oraz adresu miejsca**, w którym będzie realizowany obóz sportowy. Obiekt w pełni dostosowany dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. | | |  | |
| **Standard obiektów sportowych** | Obiekty sportowe dostosowane dla osób niepełnosprawnych tj.  - boisko do gier zespołowych: 3h/dzień  - siłownia i sala fitness: 3h/dzień  - sala sportowa do gier zespołowych: 3h/dzień | | |  | |
| **Zakwaterowanie i wyżywienie** | Miejsca noclegowe w pokojach jednoosobowych, dwuosobowych (w wyjątkowych przypadkach dopuszczalne są pokoje wieloosobowe) z łazienkami dla 41 osób (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) w terminie 20-30.08.2018r. Proszę o wskazanie ilość i rodzaj oferowanych pokoi. Pokoje dla przynajmniej 4 osób powinny być przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja) w terminie 20-30.08.2018r. Wykonawca powinien umożliwić spożywanie posiłków przez osoby z niepełnosprawnościami. | | |  | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data