Załącznik nr 1

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

(dotyczy zapytania ofertowego nr 02/07/2018 z dnia 18.07.2018r. na usługę wynajmu obiektów sportowych podczas zajęć sekcji sportowej dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Na start – zajęcia w sekcjach sportowych: lekkoatletycznej, pływackiej i siatkówki na siedząco”).

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | |
| Dostęp do obiektów sportowych dostosowanych dla osób z niepełnosprawnościami tj.  - hala sportowa do gry w siatkówkę na siedząco dla 10 osób oraz 4 trenerów/instruktorów/wolontariuszy w liczbie 200 godzin w trakcje zajęć sekcji sportowej - średnio 1-4 godziny dziennie, 1-6 razy w tygodniu w okresie 01.08.2018r. – 31.03.2019r. Proszę o podanie terminów/dat wstępów do obiektów sportowych w okresie 01.08.2018r. – 30.09.2018r. Terminy dalszego okresu realizacji zamówienia będą uzgadniane z wyłonionym wykonawcą min. 2 tygodnie przed rozpoczęciem pełnego miesiąca. | | |  | |  | | |
| Dostęp do obiektów sportowych dostosowanych dla osób z niepełnosprawnościami tj.  - 2 tory pływackie dla 10 osób oraz 4 trenerów/instruktorów/wolontariuszy w liczbie 36 godzin w trakcje zajęć sekcji sportowej - średnio 1-4 godziny dziennie, 1-6 razy w tygodniu w okresie 16.08.2018r. – 26.08.2019r. Proszę o podanie terminów/dat wstępów do obiektów sportowych w okresie 16.08.2018r. – 26.08.2018r. | | |  | |  | | |
| **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 miasta Katowice oraz powiatu Milickiego. Podanie **pełnej nazwy oraz adresu miejsca**, w którym będzie realizowana sekcja sportowa. Obiekt w pełni dostosowany dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. | |  | | | | |
| **Standard obiektów sportowych** | Obiekty sportowe dostosowane dla osób z niepełnosprawnościami. | |  | | | | |
| **CZĘŚĆ C – PROPONOWANE TERMINY I GODZINY WSTĘPU DO OBIEKTU SPORTOWEGO (należy podać terminy i godziny wstępu)** | | | | | | | |
| Termin | Proponowane godziny | Termin | Proponowane godziny | Termin | | Proponowane godziny |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data