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

dotyczy zapytania ofertowego nr 03/10/2018 z dnia 05.10.2018r. na usługę hotelową oraz gastronomiczną podczas II Mitingu Pływackiego Osób Niepełnosprawnych. 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** |
| **Usługa hotelowa w terminie 26-28.10.2018r.**  - usługa hotelowa dla 210-230 osób w terminie 26-28.10.2018r.  - zakwaterowanie w pokojach 1, 2, 3 i 4-osobowych, z łazienkami  - proszę o podanie maksymalnej dostępnej liczby dostępnych miejsc noclegowych oraz ilości miejsc noclegowych przystosowanych dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim | |  | |  |
| **Usługa gastronomiczna w terminie 26-28.10.2018r.**  - śniadania dla 210-230 osób w dniach 27-28.10.2017r.  - kolacje (w formie ciepłego posiłku) dla 210-230 osób w terminie 26-27.10.2018r.  - oferent powinien umożliwić spożycie posiłków osobom niepełnosprawnym, w tym osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim | |  | |  |
| **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 Łódź. 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