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

dotyczy zapytania ofertowego nr 02/07/2019 z dnia 03.07.2019r. na usługę hotelową, gastronomiczną, wynajmu obiektów sportowych oraz wynajmu sprzętu specjalistycznego (aparatura pomiaru czasu oraz obsługa aparatury) podczas Grand Prix World Para Athletics - 47. Paralekkoatletyczne Mistrzostwa Polski. Wydarzenie jest współfinansowane w ramach projektu pt. „Sprawdź się! – cykl imprez sportowych”, realizowanego w ramach umowy nr ZZB/000514/BF/D z dnia 17.04.2018r., 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 18-21.07.2019r.**  - usługa hotelowa dla 420 osób w terminie 18-21.07.2019r.  - zakwaterowanie ze śniadaniami oraz kolacjami w formie ciepłego posiłku w pokojach 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 19-21.07.2019r.**  **-** obiad (w formie ciepłego posiłku) dla 420 osób/dzień w terminie 19-21.07.2019r.  - oferent powinien umożliwić spożycie posiłków osobom niepełnosprawnym, w tym osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim | |  | |  |
| **Usługa wynajmu obiektów sportowych w terminie 19-21.07.2019r.**  - stadion lekkoatletyczny 8-torowy (bieżnia o sztucznej nawierzchni)  - stadion rozgrzewkowy  - zaplecze sanitarne, przebieralnie, pomieszczenia techniczne, pokoje sędziów, Call Room  - obsługa telebimu, nagłośnienie, ochrona obiektu, usługa sprzątania | |  | |  |
| **Wynajem sprzętu specjalistycznego w terminie 19-21.07.2019r.**  **Pomiar czasu z wykorzystaniem systemu FinishLynx wysokiej rozdzielczości spełniającego wymagania IAAF.**  • Rezerwowy pomiar czasu z wykorzystaniem systemu fotocel na mecie.  • Pistolet startowy sprzężony z systemem pomiaru czasu.  • Elektroniczny licznik okrążeń wraz z dzwonkiem.  • Wyniki live wyświetlane na bieżąco na stronie internetowej po zakończeniu każdej konkurencji.  • System wideo-identyfikacji zawodników w biegach okrężnych.  • System informacji o wynikach dla spikera zawodów i dziennikarzy oparty o terminale dotykowe zainstalowane na stadionie.  • Przeprowadzenie weryfikacji, przygotowanie list startowych i rezultatów wg standardów IAAF.  • Umieszczenie wyników w formacie PDF i DOC na dowolnej stronie wskazanej przez Organizatora.  • Przekazanie wyników w dowolnym formacie Organizatorowi.  • Automatyczny pomiar wiatru dla konkurencji sprinterskich wraz z tablicą LED do wyświetlania wiatru.  • Automatyczny pomiar wiatru w konkurencjach skoku w dal i trójskoku.  • Elektroniczny system pomiaru odległości EDM – 2 szt.  • Tablice elektroniczne RGB trójstronne wraz z opisami konkurencji służące do wyświetlania wyników konkurencji technicznych - 4 szt.  • 2 tablice kolorowe RGB zainstalowane na mecie z możliwością wyświetlania czasu biegu, wyników biegu, komunikatów, logotypu imprezy.  Cena za usługę powinna zawierać również: koszty transportu, wynajmu sprzętu, ubezpieczenia i pracy zespołu składającego się z 10 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