Załącznik nr 1

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

(dotyczy zapytania ofertowego nr 02/11/2019 z dnia 07.11.2019r. na usługę hotelową, gastronomiczną oraz wynajem obiektów sportowych podczas weekendu sportowego dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Aktywni sportowo – aktywni życiowo”).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 23 osób (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) w terminie **16-18.11.2019r**. Proszę wskazać ilość i rodzaj oferowanych pokoi. Pokoje dla przynajmniej 2 osób powinny być przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. | | |  | |  |
| **Koszt wyżywienia** (śniadanie, obiad, kolacja) dla 23 osób (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) w terminie **16-18.11.2019r**. (od obiadu w dniu 16.11.2019 do śniadania w dniu 18.11.2019). Wykonawca powinien umożliwić spożywanie posiłków przez osoby z niepełnosprawnościami. | | |  | |  |
| **Koszt dostępu do obiektów sportowych** dostosowanych dla osób z niepełnosprawnościami tj.  - basen pływacki  - sala rehabilitacyjna  - hala sportowa  - gabinet terapii  w terminie **16-18.11.2019r**. | | |  | |  |
| **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 wielkopolskiego. 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.  - basen pływacki  - sala rehabilitacyjna  - hala sportowa  - gabinet terapii | | |  | |
| **Zakwaterowanie i wyżywienie** | Miejsca noclegowe w pokojach jednoosobowych, dwuosobowych (w wyjątkowych przypadkach dopuszczalne są pokoje wieloosobowe) z łazienkami dla 23 osób (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) w terminie 16-18.11.2019r. Proszę o wskazanie ilość i rodzaj oferowanych pokoi. Pokoje dla przynajmniej 2 osób powinny być przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja) w terminie 16-18.11.2019r. Wykonawca powinien umożliwić spożywanie posiłków przez osoby z niepełnosprawnościami. | | |  | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data