Załącznik nr 1

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

(dotyczy zapytania ofertowego nr 12/05/2020 z dnia 25.05.2020 r. na usługę prowadzenia przez trenera/instruktora sportowego zajęć sekcji sportowej (Numer CPV – 80510000-2) dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Gotowi na START! – 2020/2021”.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Oferenta**  **- w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej – nazwa firmy, imię i nazwisko osoby realizującej zamówienie,**  **- w przypadku osoby fizycznej – imię i nazwisko.** | |  | | | | | |
| **Dane teleadresowe (pełny adres, telefon, jeżeli jest również: strona www, NIP, REGON)** | |  | | | | | |
| **Dane osoby odpowiedzialnej za ofertę (Imię, nazwisko, telefon, mail)** | |  | | | | | |
| **CZEŚĆ A – OFERTA CENOWA** | | | | | | | |
| **Opis kryterium** | | | **Cena** | | | |
| **Cena brutto wraz z narzutami pracodawcy (obejmująca wszystkie należne podatki, obciążenia i koszty) za 1 godzinę** | **Ilość godzin** | **Wartość = Cena za 1 godzinę x ilość godzin** | |
| **Warszawa (sekcja szermierki na siedząco):**  • Oczekujemy zapewnienia prowadzenia przez trenerów/instruktorów pływania zajęć **sekcji szermierki na siedząco**, w liczbie min. **200** godzin łącznie (średnio 1-5 godzin dziennie, średnio 2-3 razy w tygodniu) w okresie **od 03.06.2020 r. do 31.03.2021 r.**, zgodnie z harmonogramem zajęć opracowanym przez Zamawiającego. | | |  | **200** |  | |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** | | | **RAZEM** |  |  | |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE** | | | | | | | |
| **Kryterium** | **Opis elementów kryterium** | | **Dodatkowa informacja o kryterium (należy zaznaczyć „x”)** | | |
| **Lokalizacja** | Lokalizacja zajęć na terenie miast/miejscowości wymienionych w części A załącznika. | |  | | |
| **Uprawnienia** | Wykonawca posiada udokumentowane uprawnienia trenera/instruktora sportowego lub inne uprawnienia. | |  | | |
| **Doświadczenie** | Wykonawca posiada udokumentowane min. 3 letnie doświadczenie pracy z osobami z niepełnosprawnościami. | |  | | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data