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

dotyczy zapytania ofertowego nr 01/07/2020 z dnia 27.07.2020 r. na usługę hotelową, gastronomiczną oraz wynajmu sprzętu specjalistycznego (aparatura pomiaru czasu oraz obsługa aparatury) podczas I Rundy Paralekkoatletycznego Grand Prix Polski, Sieradz, 05-07.08.2020 r. Wydarzenie jest współfinansowane w ramach projektu pt. „Sprawdź się na STARCIE!”, realizowanego w ramach umowy nr ZZB/000588/BF/D z dnia 15.05.2020 r., podpisanej pomiędzy Integracyjnym Klubem Sportowym „Start” Zduńska Wola 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 05-07.08.2020 r.**  - usługa hotelowa dla 120 osób w terminie 05-07.08.2020 r.  - 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 05-07.08.2020 r.**  - śniadania dla 120 osób w dniach 06-07.08.2020 r.  - obiad (dwudaniowy: zupa oraz danie główne z surówkami) dla 175 osób w dniach 06-07.08.2020 r.  - kolacje (w formie ciepłego posiłku) dla 120 osób w terminie 05-06.08.2020 r.  - oferent powinien umożliwić spożycie posiłków osobom niepełnosprawnym, w tym osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim | |  | |  |
| **Wynajem sprzętu specjalistycznego w terminie 06-07.08.2020 r.**  - aparatura pomiaru czasu (wraz z montażem i demontażem) – FinishLynx  - komputerowa obsługa wyników  - elektroniczna tablica wyników | |  | |  |
| **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 łódzkiego. 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