Załącznik nr 1

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

(dotyczy zapytania ofertowego nr 04/09/2020 z dnia 09.09.2020 r. na usługę hotelową, gastronomiczną oraz wynajem obiektów sportowych podczas obozu sportowego dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Aktywność – START!”).

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |
| **Zakwaterowanie dla 41 osób (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) w terminie 18-28.09.2020 r.**Zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych, dwuosobowych (w wyjątkowych przypadkach dopuszczalne są pokoje wieloosobowe) z łazienkami dla 41 osób w terminie 18-28.08.2020 r. Proszę wskazać ilość i rodzaj oferowanych pokoi. Pokoje dla przynajmniej 2 osób powinny być przystosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. |  |  |
| **Wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja) dla 41 (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) osób w terminie 18-28.09.2020 r.**Wyżywienie w zakresie śniadania, obiadu (posiłek dwudaniowy z surówkami i napojami) oraz kolacji dla 41 osób w terminie 18-28.09.2020 r. (od kolacji w dniu 18.09.2020 r. do śniadania w dniu 28.09.2020 r.). Wykonawca powinien umożliwić spożywanie posiłków przez osoby z niepełnosprawnościami. |  |  |
| **Wynajem obiektów sportowych w terminie 19-27.09.2020 r.**Dostęp do obiektów sportowych dostosowanych dla osób z niepełnosprawnościami tj.- siłownia- hala sportowa- dostęp do jeziora (w godzinach: 11:00-13:00 oraz 16:00-18:00) dla zajęć narciarstwo wodne, wakeboarding- możliwość cumowania motorówki- gabinet Hipoterapii (30 razy 20 min.) |  |  |
| **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 warmińsko-mazurskiego. 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. |  |
| **Zakwaterowanie i wyżywienie** | Miejsca noclegowe w pokojach jednoosobowych, dwuosobowych (w wyjątkowych przypadkach dopuszczalne są pokoje wieloosobowe) z łazienkami dla 41 osób (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) w terminie 18-28.09.2020 r. 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 18-28.09.2020 r. Wykonawca powinien umożliwić spożywanie posiłków przez osoby z niepełnosprawnościami. |  |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data