Załącznik nr 1

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

(dotyczy zapytania ofertowego nr 02/11/2024/883 z dnia 12.11.2024 r. na usługę hotelową, gastronomiczną, wynajmu 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 28.11-08.12.2024** Zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych, dwuosobowych (w wyjątkowych przypadkach dopuszczalne są pokoje wieloosobowe) z łazienkami dla 41 osób w terminie **28.11-08.12.2024** 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 28.11-08.12.2024**  Wyżywienie w zakresie śniadania, obiadu (posiłek dwudaniowy z surówkami i napojami) oraz kolacji dla 41 osób w **28.11-08.12.2024** (od obiadu w dniu **28.11.2024**. do śniadania w dniu **08.12.2024**.) Wykonawca powinien umożliwić spożywanie posiłków przez osoby z niepełnosprawnościami. | | |  | |  |
| **Wynajem obiektów sportowych dla 41 (w tym osób z niepełnosprawnościami oraz do 18 roku życia) osób w terminie 28.11-08.12.2024**  Dostęp do obiektów sportowych dostosowanych dla osób z niepełnosprawnościami. | | |  | |  |
| **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 małopolskiego. 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. | | |  | |
| **Zakwaterowanie i wyżywienie** | Obiekt w pełni dostosowany dla osób z niepełnosprawnościami, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. | | |  | |
| **Wynajem obiektów sportowych** | Obiekt dostosowany dla osób niepełnosprawnych w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. | | |  | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data