FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA (załącznik nr 1)

dotyczy zapytania ofertowego nr 02/12/2024/5333 z dnia 05.12.2024 r. na usługę hotelową i gastronomiczną podczas **Integracyjnej Spartakiady Dla Członków PZSN, Ostrów Mausz, w dniach 13-15.12.2024 r.** Wydarzenie jest współfinansowane w ramach projektu pt. „Sprawdź się na STARCIE!”, realizowanego w ramach umowy nr UM/PW9/2024/2/DEPT\_DS\_WSPOLPRACY/5333 z dnia 06.06.2024 r., podpisanej pomiędzy Polskim Związkiem Sportu Niepełnosprawnych „Start” 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 i gastronomiczna w terminie 13-15.12.2024 r.**- usługa hotelowa dla 200 osób w terminie 13-15.12.2024 r.- zakwaterowanie w pokojach 1, 2, 3 i 4-osobowych, z łazienkami- śniadania dla 200 osób w terminie 14-15.12.2024 r.- kolacje dla 200 osób w terminie 13-14.12.2024 r.- obiady(dwudaniowy: zupa oraz danie główne z surówkami) dla 220 osób (w sumie 440 porcji) w terminie 14-15.12.2024 r.- oferent powinien umożliwić spożycie posiłków osobom niepełnosprawnym, w tym osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim- proszę o podanie **maksymalnej dostępnej** liczby dostępnych miejsc noclegowych oraz ilości miejsc noclegowych przystosowanych dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim |  |  |
| **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 miasta Łódź. 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