FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA (załącznik nr 1)

dotyczy zapytania ofertowego nr 02/09/2024/5333 z dnia 04.09.2024 r. na usługę hotelową, gastronomiczną, wynajmu obiektów sportowych oraz pomiaru czasu podczas IV Rundy Parapływackiego Grand Prix Polski, Kalisz, 13-15.09.2024r. 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 13-15.09.2024 r.**  - usługa hotelowa dla 180 osób w terminie 13-15.09.2024 r.  - zakwaterowanie w pokojach 1, 2, 3 i 4-osobowych, z łazienkami  - śniadania dla 180 osób w terminie 14-15.09. 2024 r.  - kolacje dla 180 osób w terminie 13-14.09.2024 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 | |  | |  |
| **Usługa gastronomiczna w obiekcie Aquapark Kalisz, w terminie 14-15.09. 2024 r. (obiady)**  - obiady (dwudaniowy: zupa oraz danie główne z surówkami) dla 180 osób w dniach 14-15.09.2024 r. (łącznie 360 porcji)  - oferent powinien umożliwić spożycie posiłków osobom niepełnosprawnym, w tym osobom poruszającym się na wózku inwalidzkim  - obiady powinny być wydawane w formie cateringu na obiekcie sportowym | |  | |  |
| **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 Kalisz. 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