Załącznik nr 1

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

(dotyczy zapytania ofertowego nr 01/02/2025 z dnia 05.02.2025 r. na usługę hotelową, gastronomiczną, wynajmu obiektów sportowych podczas obozu sportowego dla osób z niepełnosprawnościami w ramach projektu „Aktywność START 2024/2025”).

|  |  |
| --- | --- |
| **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 20.02-02.03.2025** Zakwaterowanie w pokojach jednoosobowych, dwuosobowych (w wyjątkowych przypadkach dopuszczalne są pokoje wieloosobowe) z łazienkami dla 41 osób w terminie **19-29.01.2025** 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 20.02-02.03.2025**Wyżywienie w zakresie śniadania, obiadu (posiłek dwudaniowy z surówkami i napojami) oraz kolacji dla 41 osób w **20.02-02.03.2025** (od obiadu w dniu **20.02.2025** do śniadania w dniu **02.03.2025**) 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 20.02-02.03.2025**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