Dotyczy zapytania ofertowego nr 125/2018 **z dnia 22.10.2018 r**. na usługę hotelową i gastronomiczną dla uczestników i uczestniczek warsztatów sportowo-aktywizujących (Numer CPV – 55120000-7, 55000000-0, 55100000-1, 55270000-3, 55300000-3, 45212140-9) w ramach projektu ***„Sport jest dla Ciebie”*** wspófinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa Oferenta** |  |
| **Dane teleadresowe (pełny adres, telefon, strona www, NIP, REGON)** |  |
| **Dane osoby odpowiedzialnej za ofertę (Imię, nazwisko, telefon, mail)** |  |
| **CZĘŚĆ A – OFERTA CENOWA** |
| **Opis kryterium** | **Cena** |
| **Netto** | **Brutto** |
| **Koszt zakwaterowania za 1 osobę za noc (w terminie 31.10-07.11.2018 r.)** |  |  |
| **Koszt wyżywienia /śniadanie, obiad i kolacja/ za 1 osobę za dzień (w terminie 31.10-07.11.2018 r.)** |  |  |
| Koszt zakwaterowania w pokojach z łazienkami dla 6 osób w terminie 31.10-07.11.2018 r. Jeden pokój dwuosobowy dostosowany dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim. |  |  |
| Koszt wyżywienia (śniadanie, obiad, kolacja) dla 6 osób w terminie 31.10-07.11.2018 r. (od obiadu w dniu 31.10.2018 r. do obiadu w dniu 07.11.2018 r.) |  |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA**  |  |  |
| **CZĘŚĆ 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 powiatu Polickiego, dostosowanie obiektu dla osób z niepełnosprawnościami. Podanie pełnej nazwy oraz adresu miejsca, w którym będą realizowane warsztaty. |  |
| **Zakwaterowanie i wyżywienie** | Miejsca noclegowe dla 6 osób oraz wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja) dla 6 osób w terminie 31.10-07.11.2018 r. (od obiadu w dniu 31.10.2018 r. do obiadu w dniu 07.11.2018 r.) w pokojach z łazienkami. Jeden pokój dwuosobowy dostosowany dla osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim. |  |

……………………………………………………………………………………… ………..........………………………..

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data