Dotyczy zapytania ofertowego nr 188/2018 **z dnia 31.12.2018 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) 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 20-25.01.2019 r.)** | | |  | |  |
| **Koszt wyżywienia /śniadanie, obiad i kolacja/ za 1 osobę za dzień (w terminie 20-25.01.2019 r.)** | | |  | |  |
| Koszt zakwaterowania w pokojach z łazienkami dla 7 osób w terminie 20-25.01.2019 r. Jeden pokój dwuosobowy dostosowany dla 2 osób poruszających się na wózku inwalidzkim. | | |  | |  |
| Koszt wyżywienia (śniadanie, obiad, kolacja) dla 7 osób w terminie 20-25.01.2019 r. (od kolacji w dniu 20.01.2019 r. do obiadu w dniu 25.01.2019 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 7 osób oraz wyżywienie (śniadanie, obiad, kolacja) dla 7 osób w terminie 20-25.01.2019 r. (od kolacji w dniu 20.01.2019 r. do obiadu w dniu 25.01.2019 r.) w pokojach z łazienkami. Jeden pokój dwuosobowy dostosowany dla 2 osób poruszających się na wózku inwalidzkim. | | |  | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data