Dotyczy zapytania ofertowego nr 109/2018 **z dnia 17.09.2018 r**. na usługę prowadzenia przez trenera/instruktora lub fizjoterapeutę/masażystę lub psychologa/pedagoga warsztatów sportowo-aktywizujących (Numer CPV – 80510000-2, 85142100-7) w ramach projektu ***„Sport jest dla Ciebie”*** współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Oferenta**  **- w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej – nazwa firmy, imię i nazwisko osoby realizującej zamówienie,**  **- w przypadku osoby fizycznej – imię i nazwisko.** | |  | | | | |
| **Dane teleadresowe (pełny adres, telefon, jeżeli jest również: strona www, NIP, REGON)** | |  | | | | |
| **Dane osoby odpowiedzialnej za ofertę (Imię, nazwisko, telefon, mail)** | |  | | | | |
| **CZEŚĆ A – OFERTA CENOWA** | | | | | | |
| **Opis kryterium** | | | **Cena** | | | |
| **Cena brutto wraz z narzutami pracodawcy (obejmująca wszystkie należne podatki, obciążenia i koszty)za godzinę** | | **liczba** | **Cena za 1 godzinę x liczba** |
| **Koszt prowadzenia przez trenera Goalball lub innej dyscypliny sportowej warsztatów sportowo-aktywizujących w liczbie min. 80 godzin łącznie w okresie od 04-14.10.2018 r.** | | |  | | 80 |  |
| **Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę w liczbie min. 80 godzin łącznie w okresie od 04-14.10.2018 r.** | | |  | | 80 |  |
| **Koszt prowadzenia zajęć przez psychologa/pedagoga w liczbie min. 80 godzin łącznie w okresie od 04-14.10.2018 r.** | | |  | | 80 |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** | | | **RAZEM** | |  |  |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE** | | | | | | |
| **Kryterium** | **Opis elementów kryterium** | | | **Dodatkowa informacja o kryterium (należy zaznaczyć „x”)** | | |
| **Uprawnienia** | Udokumentowane uprawnienia trenera Goalball lub innej dyscypliny sportowej | | |  | | |
| Udokumentowane uprawnienia fizjoterapeuty/masażysty | | |  | | |
|  | Udokumentowane uprawnienia psychologa/pedagoga | | |  | | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data