Dotyczy zapytania ofertowego nr 10/2019 **z dnia 07.01.2019 r**. na usługę prowadzenia przez trenerów/instruktorów, fizjoterapeutów/masażystów oraz psychologa (różnych specjalizacji)/pedagoga/mówcę motywacyjnego zajęć warsztatów sportowo-aktywizujących (Numer CPV – 80510000-2, 85142100-7) w ramach projektu ***„Nadzieje paraolimpijskie”*** 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 **4** trenerów/instruktorów sportowych zajęć podczas warsztatów sportowo-aktywizujących w liczbie min. **77** godzin łącznie w okresie **17-27.01.2019 r.** | | |  | | 77 |  |
| Koszt prowadzenia przez **2** fizjoterapeutów/masażystów zajęć podczas warsztatów sportowo-aktywizujących w liczbie min. **84** godzin łącznie w okresie **17-27.01.2019 r.** | | |  | | 84 |  |
| Koszt prowadzenia przez **1** psychologa (różnych specjalizacji)/pedagoga/mówcę motywacyjnego zajęć podczas warsztatów sportowo-aktywizujących w liczbie min. **84** godzin łącznie w okresie **17-27.01.2019 r.** | | |  | | 84 |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** | | | **RAZEM** | |  |  |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE** | | | | | | |
| **Kryterium** | **Opis elementów kryterium** | | | **Dodatkowa informacja o kryterium (należy zaznaczyć „x”)** | | |
| **Uprawnienia** | Udokumentowane uprawnienia trenera/instruktora | | |  | | |
| Udokumentowane uprawnienia fizjoterapeuty/masażysty | | |  | | |
|  | Udokumentowane uprawnienia psychologa (różnych specjalizacji)/pedagoga/mówcę motywacyjnego | | |  | | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data