Dotyczy zapytania ofertowego nr 280/2019 **z dnia 20.12.2019 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 dla Wszystkich!”*** 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 06-12.01.2020 r.)** |  |  |
| **Koszt wyżywienia /śniadanie, obiad i kolacja/ za 1 osobę za dzień (w terminie 06-12.01.2020 r.)** |  |  |
| Koszt miejsc noclegowych dla 13 osób w terminie 06-12.01.2020 r. w pokojach z łazienkami.  |  |  |
| Koszt wyżywienia w zakresie śniadania, obiadu (posiłek dwudaniowy z surówkami i napojami) oraz kolacji dla 13 osób w terminie 06-12.01.2020 r. (od kolacji w dniu 06-12.01.2020 r. do obiadu w dniu 12.01.2020 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 województwa małopolskiego, dostosowanie obiektu dla osób z niepełnosprawnościami. Podanie pełnej nazwy oraz adresu miejsca, w którym będą realizowane warsztaty. |  |
| **Zakwaterowanie i wyżywienie** | Miejsca noclegowe w pokojach z łazienkami dla 13 osób oraz wyżywienie w zakresie śniadania, obiadu (posiłek dwudaniowy z surówkami i napojami) oraz kolacji dla 13 osób w terminie 06-12.01.2020 r. (od kolacji w dniu 06-12.01.2020 r. do obiadu w dniu 12.01.2020 r.). |  |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data