Dotyczy zapytania ofertowego **nr 71/2020** **z dnia 27.05.2020 r**. na usługę prowadzenia przez trenera/instruktora sportowego zajęć sekcji sportowej (Numer CPV – 80510000-2)  
w ramach projektu ***„Bądź AKTYWNY! 2020”*** 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 1 godzinę** | **Ilość godzin** | **Wartość = Cena za 1 godzinę x ilość godzin** | |
| **Poznań (sekcja race running):**   * **Oczekujemy zapewnienia prowadzenia przez trenerów/instruktorów race running zajęć sekcji race running, w liczbie min. 240 godzin łącznie (średnio 1-5 godzin dziennie, średnio 2-3 razy w tygodniu) w okresie od 08.06.2020 r. do 31.03.2021 r., zgodnie z harmonogramem zajęć opracowanym przez Zamawiającego.** | | |  | **240** |  | |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** | | | **RAZEM** |  |  | |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE** | | | | | | | | |
| **Kryterium** | **Opis elementów kryterium** | | **Dodatkowa informacja o kryterium (należy zaznaczyć „x”)** | | |
| **Lokalizacja** | Lokalizacja zajęć na terenie miast: POZNAŃ | |  | | |
| **Uprawnienia** | Wykonawca posiada udokumentowane uprawnienia trenera/instruktora sportowego lub inne uprawnienia. | |  | | |
| **Doświadczenie** | Wykonawca posiada udokumentowane min. 3 letnie doświadczenie pracy z osobami z niepełnosprawnościami. | |  | | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data