**Dotyczy zapytania ofertowego nr 84/2020 z dnia 31.08.2020 r**. na usługę prowadzenia przez trenera/instruktora, fizjoterapeutę/masażystę, psychologa/pedagoga (Numer CPV – 80510000-2, 85142100-7) zajęć oraz obsługę techniczną podczas warsztatów sportowo-aktywizujących w ramach projektu **„Sport dla Wszystkich! 2020 r.”** 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 godzin** | **Cena za 1 godzinę x liczba** |
| 1. **w terminie: 09-13.09.2020 r.** | | |  | |  |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora narciarstwa biegowego lub innej dyscypliny | | |  | | 32 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę | | |  | | 32 |  |
| 1. **w terminie: 12-20.09.2020 r.** | | |  | |  |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora siatkówki na siedząco lub innej dyscypliny sportowej | | |  | | 64 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę | | |  | | 64 |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** | | | **RAZEM** | |  |  |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE** | | |  | |  |  |
| **Kryterium** | | | | | | | **Opis elementów kryterium** | **Dodatkowa informacja o kryterium (należy zaznaczyć „x”)** |
| **Uprawnienia** | Udokumentowane uprawnienia trenera | | |  | | |
| **Uprawnienia** | Udokumentowane uprawnienia fizjoterapeuty/masażysty | | |  | | |
| Udokumentowane uprawnienia psychologa/pedagoga | | |  | | |
|  |  | | |  | | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data