**Dotyczy zapytania ofertowego nr 10/2021 z dnia 11.01.2021 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 wrazz narzutami pracodawcy (obejmująca wszystkie należne podatki, obciążeniai koszty)za godzinę** | **Liczba godzin** | **Cena za 1 godzinę x liczba** |
| 1. **w terminie: 22-31.01.2021 r.**
 |  |  |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora siatkówki na siedząco |  | 72 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę  |  | 72 |  |
| 1. **w terminie: 24.01.-06.02.2021 r. I**
 |  |  |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora pływania  |  | 104 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę  |  | 104 |  |
| 1. **w terminie: 24.01.-06.02.2021 r. II**
 |  |  |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora wioślarstwa  |  | 104 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę  |  | 104 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez psychologa |  | 104 |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA**  | **RAZEM** |  |  |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE**  |  |  |  |
| **Kryterium** | **Opis kryterium** | **Zaznaczyć ‘X’** |
| **Uprawnienia** | Udokumentowane uprawnienia trenera  |  |
|  | Udokumentowane uprawnienia fizjoterapeuty/masażysty |  |
| Udokumentowane uprawnienia psychologa |  |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data