**Dotyczy zapytania ofertowego nr 13/2021 z dnia 11.01.2021 r**. na usługę prowadzenia przez trenera/instruktora, fizjoterapeutę/masażystę, psychologa/pedagoga (Numer CPV – 80510000-2, 85142100-7) zajęć 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: 20-23.01.2021 r.**
 |  |  |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora szermierki na wózkach  |  | 16 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę  |  | 16 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę |  | 8 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez psychologa |  | 24 |  |
| Koszt obsługi technicznej |  | 24 |  |
| 1. **w terminie: 26-30.01.2021 r.**
 |  |  |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora szermierki na wózkach |   | 20 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora szermierki na wózkach |  | 24 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę  |  | 32 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez psychologa/pedagoga |  | 32 |  |
| Koszt obsługi technicznej |  | 32 |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA**  | **RAZEM** |  |  |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE**  |  |  |  |
| **Kryterium** | **Opis elementów kryterium** | **Dodatkowa informacja o kryterium (należy zaznaczyć „x”)** |
| **Uprawnienia** | Udokumentowane uprawnienia trenera  |  |
|  | Udokumentowane uprawnienia fizjoterapeuty/masażysty |  |
| Udokumentowane uprawnienia psychologa/pedagoga  |  |
|  |  |  |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data