**Dotyczy zapytania ofertowego nr 29/2021 z dnia 27.01.2021 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 wraz z narzutami pracodawcy (obejmująca wszystkie należne podatki, obciążenia i koszty)za godzinę** | **Liczba godzin** | **Wartość brutto**  **(cena za 1 godzinę x liczba godzin)** | |
| 1. **w terminie: 05.02.2021 r. do 11.02.2021 r.** | |  |  |  | |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora bocci | |  | 48 |  | |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę | |  | 48 |  | |
| Koszt prowadzenia zajęć przez psychologa | |  | 48 |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **w terminie: 19.02.2021 r. do 25.02.2021 r.** | |  |  |  | |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora bocci | |  | 48 |  | |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę | |  | 48 |  | |
| Koszt prowadzenia zajęć przez psychologa | |  | 48 |  | |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA:** | | | |  | |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE** | | | | |
| **Kryterium** | **Opis elementów kryterium** | **Dodatkowa informacja o kryterium (należy zaznaczyć „x”)** | | |
| **Uprawnienia** | Udokumentowane uprawnienia trenera/instruktora |  | | |
| Udokumentowane uprawnienia fizjoterapeuty/masażysty |  | | |
|  | Udokumentowane uprawnienia psychologa |  | | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data