**Dotyczy zapytania ofertowego nr 129/2021 z dnia 28.05.2021 r**. na usługę prowadzenia przez trenera/instruktora, fizjoterapeutę, psychologa (Numer CPV – 80510000-2, 85142100-7) zajęć oraz obsługę techniczną podczas warsztatów sportowo-aktywizujących w ramach projektu **„Sport dla Wszystkich! 2021.”** współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**FORMULARZ OFERTOWY DO WYPEŁNIENIA PRZEZ WYKONAWCĘ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAZWA WYKONAWCY**   * w przypadku osoby fizycznej: imię i nazwisko * w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej:   imię i nazwisko oraz nazwa firmy |  | | |
| **DANE TELEADRESOWE**   * w przypadku osoby fizycznej:   pełen adres, telefon, adres e-mail  w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej: pełen adres, telefon, adres e-mail, NIP, REGON, strona www |  | | |
| **TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA:**  **11-13.06.2021 r.:** | **CENA BRUTTO ZA GODZINĘ**  (wraz z narzutami pracodawcy obejmująca  wszystkie należne podatki, obciążenia i koszty) | **LICZBA GODZIN** | **WARTOŚĆ BRUTTO**  (cena wartość za 1 godzinę  x liczba godzin) |
| Koszt prowadzenia zajęć przez trenera/instruktora  blindfutbolu |  | 16 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę |  | 16 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez psychologa |  | 16 |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA:** | | |  |
| **WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE:** | | | |
| **TRENER/INSTRUKTOR** | Udokumentowane doświadczenie jako trener/instruktor dyscypliny paraolimpijskiej (Dokumenty potwierdzające do wglądu na żądanie, na etapie wyboru ofert) | Liczba lat: |  |
| **FIZJOTERAPEUTA/MASAŻYSTA** | Udokumentowane uprawnienia fizjoterapeuty  /masażysty zgodnie z aktualnymi wymogami prawnymi | Numer prawa do wykonywania zawodu, dyplomu, licencji \*\*\* |  |
| Udokumentowane doświadczenie w pracy ze sportowcami z niepełnosprawnościami  (Dokumenty potwierdzające do wglądu na żądanie, na etapie wyboru ofert) | Liczba lat: |  |
| **PSYCHOLOG/PEDAGOG** | Udokumentowane uprawnienia psychologa/pedagoga zgodnie z aktualnymi wymogami prawnymi | Numer prawa do wykonywania zawodu, dyplomu, licencji \*\*\* |  |
| Udokumentowane min. 2-letnie doświadczenie w pracy ze sportowcami z niepełnosprawnościami  (Dokumenty potwierdzające do wglądu na żądanie, na etapie wyboru ofert) | Liczba lat: |  |

**Oświadczam, że:**

• Zapoznałem/łam się z treścią zapytania ofertowego,

• Spełniam wymagania dotyczące kwalifikacji zawodowych, wymaganych uprawnień i doświadczenia\*\*\*

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data

**\*\*\* UWAGA:**

1) w przypadku zawodu **fizjoterapeuty** - wymagane jest wpisanie numeru prawa do wykonywania zawodu

2) W przypadku zawodu **masażysty** – wymagane jest **dołączenie do oferty skanu uprawnień** do wykonywania zawodu

3) W przypadku zawodu **psychologa** – wymagane jest **dołączenie do oferty skanu uprawnień** do wykonywania zawodu