Dotyczy zapytania ofertowego **nr 153/2021** **z dnia 11.08.2021 r**. na usługę hotelową, gastronomiczną oraz wynajmu obiektów sportowych dla uczestników i uczestniczek warsztatów sportowo-aktywizujących (Numer CPV – 55120000-7, 55000000-0, 55100000-1, 55270000-3, 55300000-3, 45212140-9) w ramach projektu **„Sport dla Wszystkich! 2021”** wspófinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Oferenta** | |  | | | |
| **Dane teleadresowe (pełny adres, telefon, strona www, NIP, REGON)** | |  | | | |
| **Dane osoby odpowiedzialnej za ofertę (Imię, nazwisko, telefon, mail)** | |  | | | |
| **CZĘŚĆ A – OFERTA CENOWA** | | | | | |
| **Opis kryterium** | | | **Cena** | | |
| **Netto** | | **Brutto** |
| **W terminie 20-29.08.2021 r.** | | |  | |  |
| Koszt zakwaterowania za 1 osobę za noc | | |  | |  |
| Koszt wyżywienia / za 1 osobę za dzień | | |  | |  |
| Koszt miejsc noclegowych w pokojach z łazienkami dla 20 osób | | |  | |  |
| Koszt wyżywienia w zakresie śniadania, obiadu i kolacji dla 20 osób | | |  | |  |
| Koszt wynajmu obiektów sportowych tj. hala sportowa umożliwiająca treningi siatkówki na siedząco śr. 4 h dziennie, siłownia śr. 1 h dziennie oraz basen śr. 1 h co drugi dzień | | |  | |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** | | |  | |  |
| **CZĘŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE** | | | | | |
| **Kryterium** | **Opis elementów kryterium** | | | **Dodatkowa informacja o kryterium**  *(w przypadku dodatkowej odpłatności należy wpisać koszt jednostkowy)* | |
| **Lokalizacja obiektu** | Lokalizacja obiektu na terenie województwa śląskiego,  Podanie pełnej nazwy oraz adresu miejsca, w którym będą realizowane warsztaty. | | |  | |
| **Dostosowanie obiektu dla osób z niepełnosprawnościami** | Obiekt w pełni dostosowany dla osób z niepełnosprawnościami,  w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. | | |  | |
| **Standard obiektów sportowych** | Obiekt w pełni dostosowany dla osób z niepełnosprawnościami,  w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich. | | |  | |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data