**Dotyczy zapytania ofertowego nr 154/2021 z dnia 11.08.2021 r**. na usługę prowadzenia przez trenera/instruktora, fizjoterapeutę, pedagoga (Numer CPV – 80510000-2, 85142100-7) zajęć 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:** **20-29.08.2021 r., województwo śląskie** | **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/instruktoraSiatkówki na siedząco |  | 72 |  |
| **TERMIN I MIEJSCE WYKONANIA:** **22.08.-02.09.2021 r., Wągrowiec** | **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 ogólnorozwojowego |  | 88 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez fizjoterapeutę/masażystę |  | 88 |  |
| **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) | 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