



Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych



Załącznik nr 1

Dotyczy zapytania ofertowego nr **05/2024** z dnia **09.10.2024** 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 pn.: „*Od aktywności do samodzielności - cykl obozów*” współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

### FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA

Nazwa Oferenta	
Dane teleadresowe pełny adres, telefon, strona www, NIP, REGON)	
Imię i nazwisko osoby do kontaktu (tel., e-mail)	

CZĘŚĆ A – OFERTA CENOWA							
L.p.	Termin zamówienia	realizacji	Opis szczegółowy przedmiotu zamówienia/Opis kryterium	Cena brutto	Liczba osób	Wartość netto	Wartość brutto
1	Termin 3-13.11.2024 r.		Koszt miejsc noclegowych dla 30. osób w pokojach z łazienkami. Pokoje muszą być dostosowane dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim w danym terminie.		30		
			Koszt wyżywienia w zakresie śniadania, obiadu (posiłek dwudaniowy z surówkami i napojami) oraz kolacji w danym terminie dla 30. osób.		30		
			Koszt wynajmu obiektów sportowych wymienionych w zapytaniu ofertowym w danym terminie.		1		
				<b>Łączna cena oferty:</b>			

<b>CZĘŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE</b>		
<b>Kryterium</b>	<b>Opis elementów kryterium</b>	<b>Dodatkowa informacja o kryterium (w przypadku dodatkowej odpłatności należy wpisać koszt jednostkowy)</b>
<b>Lokalizacja i dostosowanie obiektu dla OzN</b>	Lokalizacja na terenie całej Polski. Dostosowanie obiektu dla OzN. Podanie pełnej nazwy oraz adresu miejsca, w którym będą realizowane warsztaty.	
<b>Zakwaterowanie i wyżywienie</b>	Miejsca noclegowe w pokojach z łazienkami oraz wyżywienie w zakresie śniadania, obiadu (posiłek trzydaniowy/surówki/napoje) oraz kolacji.	
<b>Standard obiektów sportowych</b>	Obiekt dostosowany do potrzeb OzN, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich, niewidomych i niedowidzących.	

.....

**Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta**  
**Miejscowość, data**