Dotyczy zapytania ofertowego nr 02/2020 **z dnia 22.07.2020 r**. na usługę prowadzenia zajęć podczas obozu sportowego (Numer CPV – 80510000-2, 85142100-7, 85121270-6, [85120000-6](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/uslugi-medyczne-i-podobne-8990), 85312500-4) w ramach projektu **„Aktywni przez cały rok”**, współfinansowanego ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

**FORMULARZ DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OFERENTA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Oferenta**  **- w przypadku prowadzenia jednoosobowej 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[[1]](#endnote-1) za godzinę** | | **Ilość godzin** | **Cena za 1 godzinę x ilość godzin** |
| Koszt prowadzenia przez trenera/instruktora zajęć sportowych podczas obozu sportowego na terenie **Rzeczpospolitej Polskiej** w liczbie 85 godzin w okresie 31.07.2020 r. - 09.08.2020 r. | | |  | | 85 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez psychologa/pedagoga podczas obozu sportowego na terenie **Rzeczpospolitej Polskiej** w liczbie 85 godzin w okresie 31.07.2020 r. - 09.08.2020 r. | | |  | | 85 |  |
| Koszt prowadzenia przez fizjoterapeutę/ masażystę zajęć podczas obozu sportowego na terenie **Rzeczpospolitej Polskiej** w liczbie 85 godzin w okresie 31.07.2020 r. - 09.08.2020 r. | | |  | | 85 |  |
| Koszt obsługi medycznej podczas obozu sportowego na terenie **Rzeczpospolitej Polskiej** w liczbie 85 godzin w okresie 31.07.2020 r. - 09.08.2020 r. | | |  | | 85 |  |
| **ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA** | | | **RAZEM** | |  |  |
| **CZEŚĆ B – WYMAGANE KRYTERIA JAKOŚCIOWE** | | | | | | |
| **Kryterium** | **Opis elementów kryterium** | | | **Dodatkowa informacja o kryterium (należy zaznaczyć „x”)** | | |
| **Uprawniania** | Udokumentowane uprawnienia trenera/instruktora sportu | | |  | | |
| Udokumentowane uprawnienia psychologa/pedagoga | | |  | | |
| Udokumentowane uprawnienia fizjoterapeuty/masażysty | | |  | | |
| Udokumentowane uprawnienia obsługi medycznej | | |  | | |
|  |
|  |

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

Imię i nazwisko uprawnionego przedstawiciela Oferenta Miejscowość, data

1. Cena:

   - w przypadku umowy zlecenie ceną brutto wraz z kosztami podatkowymi i ubezpieczeniowymi leżącymi po stronie Zleceniodawcy związane z zawarciem umowy zlecenie (obejmować wszystkie należne podatki, obciążenia i koszty),

   - w przypadku umowy o współpracy (samozatrudnienie) cena brutto wraz z podatkiem VAT w przypadku podatnika VAT. [↑](#endnote-ref-1)