Dotyczy zapytania ofertowego nr 03/2021 **z dnia 02.02.2021 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 odległości do 15 km od stoku narciarskiego, w liczbie 85 godzin w okresie 19.02.2021 r. – 28.02.2021 r. |  | 85 |  |
| Koszt prowadzenia zajęć przez psychologa/pedagoga podczas obozu sportowego na terenie **Rzeczpospolitej Polskiej** w odległości do 15 km od stoku narciarskiego, w liczbie 85 godzin w okresie 19.02.2021 r. – 28.02.2021 r. |  | 85 |  |
| Koszt prowadzenia przez fizjoterapeutę/ masażystę zajęć podczas obozu sportowego na terenie **Rzeczpospolitej Polskiej** w odległości do 15 km od stoku narciarskiego, w liczbie 85 godzin w okresie 19.02.2021 r. – 28.02.2021 r. |  | 85 |  |
| Koszt obsługi medycznej podczas obozu sportowego na terenie **Rzeczpospolitej Polskiej** w odległości do 15 km od stoku narciarskiego, w liczbie 85 godzin w okresie 19.02.2021 r. – 28.02.2021 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)