 Załącznik nr 1

………………,dnia………………

………………………………………………….

 Dane teleadresowe Wykonawcy **FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Przedmiot zamówienia** | **Cena brutto**  |
| Przedmiotem zapytania ofertowego jest zabezpieczenie medyczne podczas orgaznizowanych imprez Olimpiad Specjalnych o zasięgu regionalnym i ogólnopolskim w okresie 01.03. - 16.12.2020 roku. (minimum 20 zawodów sportowych) | Koszt zabezpieczenie medycznego imprezy jednodniowej przez dwuosobową załogę.……………………….. zł |
| **Szczegółowy zakres zamówienia** |
| * Na każdej z imprez zabezpieczenie medyczne powinien stanowić patrol ratowniczy, który składa się co najmniej z dwóch osób uprawnionych co najmniej do udzielania kwalifikowanej pierwszej pomocy w rozumieniu art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
* W szczególnych przypadkach (specyfika dyscypliny, ilość zawodników startujących itd) zamawiający zastrzega sobie możliwość zwiększenia liczby osób zabezpieczających od strony medycznej zawody, przy czym, taka informacja musi być skierowana do Wykonawcy nie później niż 7 dni przed konkretnymi zawodami.
* Przez imprezę rozumiemy jednodniowe zawody sportowe w różnych dyscyplinach sportu, rozegrane w godzinach od 8:00 do 16:00 na terenie Województwa Śląskiego. W przypadku zawodów kilkudniowych, następuje negocjacja warunków finansowych, z których punktem wyjścia jest ustalona w postępowaniu kwota za imprezę jednodniową.
* Zabezpieczenie medyczne obejmuje cały program zawodów.
* Poprzez program zawodów rozumiane jest zabezpieczenie medyczne wszystkich przedsięwzięć organizowanych w ramach tej imprezy, czyli zmagań sportowych, ceremonii otwarcia i zamknięcia, a także miejsca dodatkowych zabaw integracyjnych, czy wydawania posiłków.
* Całe zaplecze techniczne, sprzętowe, niezbędne leki i materiały opatrunkowe leżą po stronie Wykonawcy.
 | **Uwagi:** (*czy szczegółowy zakres zamówienia będzie zrealizowany, czy będzie wymagał dodatkowych opłat)***Tak/NIE\*** ***Jeśli NIE to proszę określić co?*** ***I za jakie dodatkowe opłaty?*****\* niepotrzebna skreślić** |

 **Data, pieczęć i podpis wykonawcy**…………………………………..