IR.272.15.2024 Załącznik nr 8 do SWZ

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

 Nazwa Wykonawcy Miejscowość, data

**Opis miejsca pobytu (hotelu/ośrodka)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa hotelu (o ile jest) |  |
| Dokładny adres  |  |
| Standard hotelu/ośrodka *(ilość tzw. gwiazdek lub inne stosowane oznaczenia standardu)* |  |
| Całkowita ilość miejsc noclegowych |  |
| Wielkość pokoi, w których zakwaterowani będą uczestnicy wyjazdów (podać minimalną i maksymalną ilość osób w pokoju) |  |
| Czy ww. pokoje wyposażone są w łazienki | TAK / NIE *(niepotrzebne skreślić)* |
| Czy obiekt wyposażony jest w basen | TAK / NIE *(niepotrzebne skreślić)* |
| Czy obiekt oferuje pełne wyżywienie (śniadania + obiadokolacje lub śniadania + obiady i kolacje) | TAK / NIE *(niepotrzebne skreślić)* |

 …………….……., dnia …………………….

 (miejscowość)

 ………………………………………….

 (podpis)

 ***Dokument należy podpisać kwalifikowanym podpisem***

***elektronicznym lub podpisem zaufanym lub podpisem osobistym***