



Miejscowośćdnia.....

Załącznik Nr 4
do Zapytania ofertowego

POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY

1. Pełna nazwa zadania:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie fizjoterapii w ramach projektu pod tytułem „Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonanie pracy zawodowej w CMP Sp. z o.o.”

2. Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....
.....

3. Data złożenia oferty:

4. Potwierdzenie złożenia oferty:

.....

Podpis przyjmującego

Podpis oferenta

