



Miejscowośćdnia.....

Załącznik **Nr 4**
do *Zapytania ofertowego*

POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY

1. Pełna nazwa zadania:

Świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu 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

