



Załącznik Nr 4  
do Zapytania ofertowego

## POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY

1. Pełna nazwa zadania:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ramach projektu pod tytułem „Dzienny Dom Opieki Medycznej w CMP Sp. z o. o.”

2. Pełna nazwa i adres Oferenta:

.....  
.....

3. Data złożenia oferty: .....

4. Potwierdzenie złożenia oferty:

.....

Podpis przyjmującego

Podpis oferenta

