

Załącznik **Nr 4**

do *Zapytania ofertowego*

# **POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY**

# 

# 1. Pełna nazwa zadania:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego 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