



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

