

 **Załącznik nr 5**

 ***d*o Z*apytania ofertowego***

#  **POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY**

#

# 1. Pełna nazwa zadania:

**Dostawa/sprzedaż**  ***artykułów spożywczych*** ***do przerwy kawowej*  *w ramach projektu pod tytułem „Dzienny Dom Opieki Medycznej w CMP Sp. z o.o.*** realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 9. Region spójny społecznie, Działanie 9.2. Poddziałanie 9.2.1, z Europejskiego Funduszu Społecznego.

# 2. Pełna nazwa i adres Oferenta:

#  …………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………

# 3. Data złożenia oferty: ……………………………………………………

#

# 4. Potwierdzenie złożenia oferty: …………………………………………………….

Podpis przyjmującego Podpis oferenta