



**Załącznik nr 5  
do Zapytania 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