**Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego -**  **Wzór potwierdzenia złożenia oferty**

**Ciechanów, ……………………….**

# POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY

1. Pełna nazwa zadania:
2. **Sprzedaż i dostawa mebli** na potrzeby funkcjonowania Dziennego Domu Opieki Medycznej w Ciechanowie, zlokalizowanego przy, ul Armii Krajowej 18A, Ciechanów, województwo mazowieckie Zamówienie realizowane w ramach projektu „Dzienny Dom Opieki Medycznej w Ciechanowie”, zgodnie z umową o dofinansowanie o nr **RPMA.09.02.02-14-d526/19-00.**

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach – IX Osi Priorytetowej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, Poddziałanie: 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych.

1. Pełna nazwa i adres Oferenta:

 …………………………………………………………………………………………

 ……………………………………………………………………………………..…

1. Data złożenia oferty: …………………………………………………………………
2. Potwierdzenie złożenia oferty: ……………………………………………………….

……………………. …………………

Podpis przyjmującego Podpis oferenta