## **OZNACZENIE OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY\***

|  |
| --- |
| **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej** **Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Szczecinie****ul. Jagiellońska 44, 70 Szczecin** **OFERTA: Konkurs ofert** **.......................................................................................................................................**(oznaczenie przedmiotu postępowania zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert) |
| (pełna nazwa Oferenta - zgodna z właściwym rejestrem) |
| (adres siedziby Oferenta - zgodny z właściwym rejestrem) |
| (pieczęć i podpis Oferenta, data) |

\*niepotrzebne skreślić