

(-wzór-)

**POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA
OFERTY**

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
.....Oddział Wojewódzki NFZ w	
OFERTA: Konkurs ofert* / Rokowania*..... (rok)	
..... (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania oraz obszaru kontraktowania - zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)	
..... (kod postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)	
(pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem)	
(adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem)	
(data złożenia oferty: dd.mm.rrrr)	(numer z rejestru ofert)
(Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia oferty: pieczęć, podpis, data)	

* niepotrzebne skreślić