

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

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o.o. OFERTA: Konkurs ofert 2026 (rok)	
..... (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert)	
(pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem)	
(adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem)	
(data złożenia oferty: dd.mm.rrrr)	(numer z rejestru ofert)
Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o.o. - potwierdzenie złożenia oferty: pieczęć, podpis, data)	