

OVOJNICA

Pošiljatelj (vlagatelj):		Prejem vloge (izpolni prejemnik):	
Naziv:		Datum in ura:	
Naslov:		☐ PO POŠTI	☐ OSEBNO
☐ Ponudba / Prijava ☐ Sprememba ☐ Umik		Zap št.:	
		Podpis pooblašćene osebe:	Žig:
Javno naročilo (predmet):		Prejemnik :	
PRVI NIVO PODPORE UPORABNIKOM STORITEV EZDRAVJA		NIJZ OE KOPER Vojkovo nabrežje 4A 6000 KOPER	
Oznaka JN:	18K130317		
Rok za oddajo:	10.4.2017, do 10. ure		
PONUDBA, NE ODPIRAJ !			