**Sprawa nr 25/ ZP /PU/2021 *Załącznik nr 1C***

**Oświadczenie o miejscu utylizacji i wykaz zakładów utylizacji**

Wykonawca oświadcza, że unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych objętych przedmiotem zamówienia, odbierane z SP ZOZ USK nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, ul. Kopcińskiego 22, będzie odbywało się zgodnie z warunkami określonymi w decyzji: ..................... (numer decyzji)....................., a ich unieszkodliwianie w spalarni/zakładzie utylizacji   
w .......................... (adres spalarni)…..……………….

**Wykaz zakładów utylizacji (miejsce utylizacji odpadów)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kod odpadu** | **Miejsce utylizacji (adres i siedziba)** |
| 1 | **Grupa 18 01 02\*** – |  |
| 2 | **Grupa 18 01 03\*** - |  |
| 3 | **Grupa 18 01 04** |  |
| 4 | **Grupa 18 01 06\*** |  |
| 5 | **Grupa 18 01 07** |  |
| 6 | **Grupa 18 01 08\*** |  |
| 7 | **Grupa 18 01 09** |  |

**Oświadczenie**

Wykonawca oświadcza, że jest właścicielem instalacji do przetwarzania odpadów medycznych i weterynaryjnych zlokalizowanej w .................

.........................................................................

Kwalifikowany podpis elektroniczny osoby

uprawnionej do reprezentowania wykonawcy