DZP/PN/70/2024

 **Załącznik nr 9 do SWZ**

Wykonawca:

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

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

*Nazwa i adres firmy (Wykonawcy)*

**WYKAZ SPALARNI ODPADÓW MEDYCZNYCH**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

Dysponuję niżej wymienioną spalarnią odpadów medycznych, w której będą utylizowane odpady odbierane

od Zamawiającego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | **Nazwa, adres spalarni** | **Podstawa dysponowania\*** | **Termin dysponowania\*\*** |
| 1 |  |  |  |

\*sposób dysponowania (własność, najmem, dzierżawa, inne),

\*\*termin dysponowania (termin trwania umowy).

**……………………………….……………………………**

 (data i podpis Wykonawcy)