**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Nazwa Wykonawcy: ..............................................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ..............................................................................................................................................

Numer telefonu: Numer faxu: ..............................................................................................................................................

 Regon: NIP: ..............................................................................................................................................

W imieniu Wykonawcy, którego reprezentuję, oświadczam, że zamierzamy unieszkodliwiać odpady medyczne o kodzie: 18 01 01, 18 01 02, 18 01 03, 18 01 04, 18 01 06, 18 01 08, 18 01 09 w instalacji położonej w **……………………………….………………………………………………………….** *(adres instalacji)*w województwie**………………………………………..**, która na dzień złożenia oferty posiada moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od Zamawiającego oraz eksploatowana jest zgodnie z Prawem Ochrony Środowiska oraz spełnia standardy emisyjne. W/w instalacja znajduje się
w odległości drogowej **………………** km od siedziby Zamawiającego (ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław).

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem świadom odpowiedzialności karnej z art. 297 kodeksu karnego.

…………………., dnia …………………………

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

(Pieczęć i podpis Wykonawcy)