Załącznik nr 6 do zapytania ofertowego

**OŚWIADCZENIE O UNIESZKODLIWIANIU**

**ZAKAŹNYCH ODPADÓW MEDYCZNYCH**

**DOTYCZĄCE SPALARNII**

 Unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych odbywać się będzie w spalarni/zakładzie utylizacji w …………………………………………………………. (adres spalarni).

Wyżej wymieniona instalacja posiada moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od Zamawiającego.

Miejscowość i data: ……………………………

…………………………………

 podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy