Załącznik nr 5 do zapytania ofertowego

**OŚWIADCZENIE**

**O UNIESZKODLIWIANIU**

**ZAKAŹNYCH ODPADÓW MEDYCZNYCH**

 Unieszkodliwianie zakaźnych odpadów medycznych pochodzących z Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Tarnowskiej (objętych niniejszym zapytaniem ofertowym) realizowane będzie zgodnie z warunkami określonymi w decyzji

……………………………………………………………………………………………

Miejscowość i data: ……………………………

…….…………………………… podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy