Załącznik Nr 7 do SWZ

**Wykonawca:**

………………………………………

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL,KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

…………………………………………….……………………………………………………………

 *(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

Nr postępowania: **ZP/29/24**

**Wykaz instalacji (miejsce utylizacji odpadów)**

|  |
| --- |
| Odpady medyczne |
| **Lp.** | **Rodzaj odpadu** | **Kod odpadu** | **Miejsce unieszkodliwiania (adres i siedziba)** | **Informacja o podstawie do dysponowania (własność, umowa najmu, dzierżawy)** |
| 1.  | Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt | 18 01 03\* |  |  |
| 2. | Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania | 18 01 02\* |  |  |
| 3. | Inne odpady niż wymienione w 180103 | 18 01 04 |  |  |
| 5. | Leki inne niż wymienione w 180108\* | 18 01 09 |  |  |

Oświadczamy, że wskazane w tabeli instalacje do unieszkodliwiania odpadów medycznych są eksploatowane i posiadają niezbędne moce przerobowe pozwalające w całości unieszkodliwić odpady odebrane od Zamawiającego w przewidzianym umową okresie.