Załącznik nr 12 do SWZ

Znak sprawy: **09/TP/2022**

**Oświadczenie**

o posiadaniu możliwości technicznych wykonania zadania
posiadanie odpowiednich wolnych mocy przerobowych spalarni odpadów medycznych– gwarantujących ciągłość odbioru tych odpadów od Zamawiającego przez cały okres trwania umowy.

Oświadczam, że odpady medyczne przejęte od Zamawiającego będą unieszkodliwiane w instalacji do termicznego przekształcania odpadów medycznych położonej w: ………………………………………………. (adres lokalizacji instalacji), na terenie województwa świętokrzyskiego lub zgodnie z zasadą bliskości na obszarze innego województwa - w najbliżej położonej instalacji, w przypadku braku instalacji do unieszkodliwiania tych odpadów na obszarze województwa świętokrzyskiego lub gdy istniejące instalacje nie mają wolnych mocy przerobowych, oddalonej o ……………………………od siedziby Zamawiającego, położonej w: ………………………………………………. (adres lokalizacji instalacji), na terenie województwa ………………….. która przez cały okres realizacji umowy będzie posiadała wolne moce przerobowe gwarantujące ciągłość odbioru odpadów od zamawiającego przez cały okres trwania umowy.

……………………………………