### Załącznik nr 3 do SWZ Numer sprawy MCZ/TPu/2021II

**WYKAZ ZAKŁADÓW**

**(miejsce unieszkodliwiania odpadów)**

Nazwa Wykonawcy ................................................................................................................................................

Adres Wykonawcy ...................................................................................................................................................

Numer telefonu .................................................. Numer faksu ........................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kod odpadu** | **Miejsce unieszkodliwiania**  **(adres i siedziba)** |
| **1.** | Grupa **18 01 02** Części ciała i organy oraz pojemniki na krew i konserwanty służące do jej przechowywania (z wyłączeniem 18 01 03) |  |
| **2.** | Grupa **18 01 03** 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 (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady), z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82 |  |
| **3.** | Grupa **18 01 06 Chemikalia, w tym odczynniki chemiczne, zawierające substancje niebezpieczne** |  |
| **4.** | Grupa **18 01 04 Inne odpady niż wymienione w 18 01 03 (np. opatrunki z materiału lub gipsu, pościel, ubrania jednorazowe, pieluchy)** |  |
| **5.** | Grupa **18 01 09 Leki (inne niż wymienione w 18 01 08)** |  |
| **6.** | Grupa **18 01 81 Zużyte peloidy po zabiegach wykonywanych w ramach działalności leczniczej (inne niż wymienione w 18 01 80)** |  |

*…………………………………………*

*(podpis i pieczęć osób wskazanych*

*w dokumencie uprawniającym do występowania*

*w obrocie prawnym*

*lub posiadających pełnomocnictwo)*