**Załącznik nr 7 do SIWZ**

**ZAMAWIAJĄCY:**

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. Z O.O.

Ul. Ceynowy 7, 83-300 Kartuzy

**Postępowanie nr *AZP.350.10.2020***

Nazwa postępowania: **Świadczenie usług odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych dla Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach.**

**WYKONAWCA:**

Nazwa: ......................................................................................................................

Siedziba: ...................................................................................................................

**WYKAZ SPALARNI ODPADÓW MEDYCZNYCH**

W celu potwierdzenia warunku udziału w postępowaniu, o którym mowa w pkt IV.2.3b) SIWZ oświadczam, że dysponuję niżej wymienioną spalarnią odpadów medycznych, w której będą utylizowane odpady odbierane od Zamawiającego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa, adres spalarni | Podstawa dysponowania\* | Termin dysponowania\* |
|
|
|  |  |  |  |

*\*sposób dysponowania (własność, umowa najmu, dzierżawy i inne) oraz termin dysponowania (termin trwania umowy)*

**Data i podpis osoby upoważnionej
do podpisania niniejszej oferty**

**………………………………**