**ZPZ-13/04/25 Załącznik nr 10 do SWZ**

**Oświadczenie wykonawcy o dysponowaniu spalarnią odpadów medycznych**  
**lub pisemne zobowiązanie innego podmiotu**

Wykonawca, ………………………………………………………………………………………………………………………………….... niniejszym oświadcza, że dysponuje spalarnią odpadów medycznych, która spełnia wszystkie wymagania wynikające z obowiązujących przepisów prawa dotyczących unieszkodliwiania odpadów medycznych. W związku z tym odpady medyczne przekazane przez Zamawiającego, Szpital Kliniczny Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z Warmińsko-Mazurskim Centrum Onkologii w Olsztynie, w związku z relizacją ***„Świadczenie usług odbioru, transportu i unieszkodliwiania odpadów medycznych”***, znak sprawy: ZPZ-13/04/25 będą unieszkodliwiane zgodnie z aktualnymi przepisami dotyczącymi ochrony środowiska i odpadów.

**Dane spalarni:**

* Nazwa i adres spalarni: [nazwa spalarni, adres]
* Numer decyzji/zezwolenia na prowadzenie działalności w zakresie unieszkodliwiania odpadów: [numer decyzji/zezwolenia]
* Zakres działalności: Spalanie odpadów medycznych zgodnie z wymaganiami prawa
* Termin ważności zezwolenia: [data ważności]

Podpis wykonawcy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pisemne zobowiązanie innego podmiotu**

W przypadku, gdy wykonawca nie dysponuje własną spalarnią, musi przedstawić pisemne zobowiązanie innego podmiotu, który zapewni wykonanie usługi unieszkodliwiania odpadów medycznych, z zachowaniem zgodności z obowiązującymi przepisami. Zobowiązanie należy wypełnić zgodnie z poniższym wzorem:

**Pisemne zobowiązanie innego podmiotu**

My, ………………………………………………………………………………………………………………………………………. zobowiązujemy się do zapewnienia Wykonawcy dostępu do naszej spalarni odpadów medycznych w celu unieszkodliwienia odpadów medycznych przekazanych przez Zamawiającego w ramach realizacji przedmiotu zamówienia.

Nasza spalarnią spełnia wszystkie wymagania wynikające z przepisów prawa dotyczących unieszkodliwiania odpadów medycznych i posiada wymagane zezwolenie na działalność w tym zakresie, które jest zgodne z obowiązującymi przepisami. Gwarantujemy, że przekazane odpady będą unieszkodliwiane zgodnie z przepisami prawa.

* Nazwa i adres spalarni: [nazwa spalarni, adres]
* Numer decyzji/zezwolenia na prowadzenie działalności: [numer decyzji/zezwolenia]
* Termin ważności zezwolenia: [data ważności]

Podpis przedstawiciela podmiotu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_