|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Załącznik nr 1 - DOKUMENT "PZ"** | | | | | | |
| ZAMAWIAJĄCY |  | | WYKONAWCA |  | | |
|  | | | | | | |
| ŚRODEK TRANSPORTU | | | | | | |
|  | | | | | | |
| DATA ODBIORU ODPADÓW MEDYCZNYCH | | | | | | |
|  | | | | | | |
| PRZEZNACZENIE | | | | | | |
| KOD ODPADÓW | | NAZWA ODPADÓW | | ILOŚĆ | | |
|
| PRZEKAZANA | J.M. | PRZYJĘTA |
|  | |  | |  | kg |  |
|  | |  | |  | kg |  |
| PRZEKAZAŁ | |  | PRZYJĄŁ | |  | |
|  | |  |  | |  | |
| DATA | | PODPIS | DATA | | PODPIS | |