Załącznik nr 5 do SWZ

Znak: ZP/OM/10/23

**Dokument należy wypełnić poprzez uzupełnienie komputerowo poszczególnych tabel**

**oraz zaznaczenie aktywnych pól**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O POSIADANIU INSTALACJI**

**NA TERENIE WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIE**

Nazwa i adres Wykonawcy

|  |
| --- |
|  |

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na **świadczenie usług w zakresie odbioru, transportu i utylizacji odpadów medycznych dla SP ZOZ w Węgrowie, Znak sprawy: ZP/OM/10/23**, prowadzonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie, oświadczam, że:

posiadamna terenie województwa mazowieckiego instalację spełniającą wymagania najlepszej dostępnej techniki i technologii w zakresie unieszkodliwiania zakaźnych odpadów medycznych, zgodnie z art. 20 ust. 6 ustawy z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach

wskazana instalacja posiada wolne moce przerobowe