

Wykonawca:

.....

.....

fax./tel:.....

Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
Al. Wł. Sikorskiego 10
26-900 Kozienice
tel./fax: (48) 382 87 73/ (48) 614 81 39

Opakowania po preparatach

Lp.	Nazwa zaoferowanego preparatu	Sposób postępowania z opakowaniem po zaoferowanym preparacie*				Uwagi**
		Przekazać do utylizacji poprzez spalanie	Przekazać do recyklingu	Przekazać jako odpad komunalny	Przekazać Wykonawcy umowy	
1.						
2.						
3.						
4.						
...						

* Wykonawca zobowiązany jest do wpisania słowa TAK (tylko raz dla każdego preparatu) w odpowiedniej kolumnie tabeli określającej sposób postępowania z opakowaniem po zaoferowanym preparacie.

** Inny sposób postępowania, Wykonawca zobowiązany jest wskazać jaki.

.....
Miejscowość.....
Data.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy