

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 spalenie	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