

Wykonawca:

 fax./tel:.....

**Samodzielny Publiczny Zespół
 Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach
 Al. Wł. Sikorskiego 10
 26-900 Kozienice
 tel./fax: (48) 67 92 00/ (48) 67 95 930**

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