…………………………………………… …………………………………..

…………………………………………….. *miejscowość, data*

…………………………………………..…

……………………………………………..

*dane podmiotu wykonującego działalność leczniczą*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………….………………. oświadczam, że:

*(imię i nazwisko pielęgniarki /pielęgniarza położnej /położnego )*

1. spełniam wymagania niezbędne do wpisu do rejestru podmiotów wprowadzających produkty, produkty w opakowaniach i gospodarujących odpadami;
2. dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym;
3. jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia;
4. jestem wytwórcą odpadówobowiązanym do prowadzenia ewidencji odpadów, o którym mowa w art. 50 ust. 1 pkt 5 lit. e ustawy o odpadach.

……………………………………………….

*podpis pielęgniarki / pielęgniarza położnej /położnego*