

.....

.....

miejsowość, 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 odpadów obowiązany do prowadzenia ewidencji odpadów, o którym mowa w art. 50 ust. 1 pkt 5 lit. e ustawy o odpadach.

.....
podpis pielęgniarki / pielęgniarza położnej /położnego