……
……..
……..…
…….
dane podmiotu wykonującego działalność leczniczą

……..
miejscowość, data

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

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