…… ……..
…….. *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 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