

**OŚWIADCZENIE**

Imię: \_\_\_\_\_;

Nazwisko: \_\_\_\_\_;

Nr Pesel: \_\_\_\_\_;

niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) do celów przeprowadzenia postępowania przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Al. W. Witosa, 45-401 Opole, na:

Odbiór i utylizacja odpadów niebezpiecznych o kodach 180102\*,180103\*, 180108\*, 180101, 180104, 180106\*, 180107, 180109 oraz innych niż niebezpiecznych odpadów medycznych powstałych w związku z prowadzoną przez Zamawiającego działalnością leczniczą. Termin realizacji zamówienia od 1 kwietnia 2019 r. do 31 maja 2019 r.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczęć, podpis)