**Załącznik nr 7 do SWZ**

(miejscowość i data)

**ZLECENIE ODBIORU ODPADÓW**

**Dane Zleceniodawcy**

**Pełna nazwa jednostki organizacyjnej (katedra):**

Wydział:

Adres:

**Numer miejsca prowadzenia działalności w BDO (nr MPD):**

**Dokładne miejsce odbioru**

Miejscowość:

Adres:

Osoba do kontaktu:

Tel.:

Zlecam firmie ……………………. odbiór, transport i unieszkodliwienie odpadów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kod odpadu | Rodzaj odpadu | Termin realizacji |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Zleceniodawca oświadcza, iż wśród dostarczonych odpadów nie ma odpadów innych niż zadeklarowane.

Imię i nazwisko osoby zlecającej odbiór odpadów: