

**WZÓR ZBIORCZEJ LISTY OPRÓŻNIEŃ POJEMNIKÓW PRZEZNACZONYCH
DO SELEKTYWNEJ ZBIÓRKI PRZETERMINOWANYCH LEKÓW**

(pieczęć firmowa Wykonawcy)

ZBIORCZA LISTA OPRÓŻNIEŃ POJEMNIKÓW

DATA WYKONANIA OPRÓŻNIEŃ _____

LP.	NR POJEMNIKA	ADRES	NAZWA APTEKI	MASA ODEBRANYCH ODPADÓW [KG]	UWAGI	WYKONAWCA (podpis i pieczęć)	APTEKA (podpis i pieczęć)
1.							
2.							
3.							
4.							

Strona _____ z _____

LP.	NR POJEMNIKA	ADRES	NAZWA APTEKI	MASA ODEBRANYCH ODPADÓW [KG]	UWAGI	WYKONAWCA (podpis i pieczęć)	APTEKA (podpis i pieczęć)
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

Strona _____ z _____

.....
*(podpis(y) osoby/osób wskazanych w dokumencie,
uprawnionej/uprawnionych do występowania w obrocie prawnym,
reprezentowania Wykonawcy i składania oświadczeń woli w jego imieniu)*