**Załącznik nr 5**

**Lista z potwierdzeniami opróżniania nieczystości ze zbiorników ścieków sanitarnych przy budynkach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego we Wrocławiu**

*(dokument do faktury nr: ………………)*

| **Data wywozu nieczystości** | **Adres nieruchomości** | **Ilość wybranych nieczystości (m³)** | **Potwierdzenie opróżnienia przez przedstawiciela nieruchomości** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**[ ]** – właściwe pole, proszę zaznaczyć „X”

**Informacje dodatkowe dla Wykonawcy:**

* Formularz stanowi obowiązkowy załącznik do każdej faktury wystawionej za usługę opróżniania zbiorników.
* Wypełnienie każdego wiersza tabeli powinno być zgodne ze stanem faktycznym na dzień wykonania usługi.
* Potwierdzenie musi zawierać podpis oraz pieczęć osoby upoważnionej ze strony Szpitala.

\*Informacja dodatkowa:
Zaleca się, aby po każdym wykonaniu usługi czyszczenia zbiorników sanitarnych oraz odstojnika tłuszczu, w dokumentacji potwierdzającej jej wykonanie (załącznik nr 5) została wpisana informacja o przewidywanym terminie kolejnego czyszczenia, nie później niż 6 miesięcy od daty wykonania usługi.

 Zamawiający Wykonawca

…………………………… …………………………….

**Dane kontaktowe placówki:**

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego**
ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
NIP: 895-16-31-106 | REGON: 000290469
Sekretariat: tel. 71 395 74 26 | fax: 71 326 06 22
Centrala: tel. 71 326 13 25
e-mail: sekretariat@szpital.wroc.pl
strona internetowa: [www.szpital.wroc.pl](http://www.szpital.wroc.pl)