

KARTA PRZEKAZANIA ODPADU

 Nr karty¹ _____

Rok kalend. _____

Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przekazuje odpad ^{2,3}		Nazwa i adres posiadacza odpadów transportującego odpad ^{2,4,5}		Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przejmuje odpad ^{2,6}	
Miejsce prowadzenia działalności ⁷				Miejsce prowadzenia działalności ⁷	
Nr rejestrowy ⁸		Nr rejestrowy ^{5,8}		Nr rejestrowy ⁸	
NIP ⁹	REGON ⁹	NIP ^{5,9}	REGON ^{5,9}	NIP ⁹	REGON ⁹

Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad¹⁰

Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad¹¹

Wnoszę o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych³ TAK NIE

Kod odpadu¹⁵ _____ Rodzaj odpadu¹³ _____

Data / miesiąc ^{14,15}	Masa przekazanych odpadów [Mg] ¹⁶	Numer rejestr. pojazdu, przyczepy lub naczepy ^{5,17}	Numer certyfikatu oraz numery pojemników ¹⁸

Potwierdzam przekazanie odpadu pieczęć ¹⁹ _____ 20____ r. _____ podpis	Potwierdzam przyjęcie odpadów do transportu i wykonanie usługi transportu ^{4,5} pieczęć ¹⁹ _____ 20____ r. _____ podpis	Potwierdzam przyjęcie odpadu pieczęć ¹⁹ _____ 20____ r. _____ podpis
--	--	--