

KARTA PRZEKAZANIA ODPADU					Nr karty		Rok kalendarzowy		2016		
Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przekazuje odpad			Nazwa i adres posiadacza odpadów transportującego odpad			Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przejmuje odpad					
Miejsce prowadzenia działalności						Miejsce prowadzenia działalności					
Nr rejestrowy				Nr rejestrowy				Nr rejestrowy			
NIP		REGON		NIP		REGON		NIP		REGON	
Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad											
Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad											
Wnioskuje o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych			TAK				NIE				
			<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>				
Kod odpadu				Rodzaj odpadu		Inne paliwa (włącznie z mieszaninami)					
Data/miesiąc			Masa przekazanych odpadów [Mg]			Numer rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy		Numer certyfikatu oraz numery pojemników			
Potwierdzam przekazanie odpadu			Potwierdzam przyjęcie odpadów do transportu i wykonanie usługi transportu			Potwierdzam przejęcie odpadu					
data, pieczęć i podpis			data, pieczęć i podpis			data, pieczęć i podpis					