



**ZWROT DO ODZYSKU LUB UNIESZKODLIWIENIA
PUSTYCH OPAKOWAŃ
PO PRODUKTACH „POCH SA ”**

QF-23-01-01
Wydanie 03
Data wydania:
31.03.2010
Strona 1 / stron 1

Dane dotyczące dostawcy pustych opakowań

Nr klienta	Tel.
Nazwa firmy	Faks
NIP	Dane osoby do kontaktu
Adres	

LP.	RODZAJ OPAKOWANIA (PODAĆ NAZWĘ OPAKOWANIA ORAZ PO JAKIEJ JEST SUBSTANCJI)	WIELKOŚĆ OPAKOWANIA	KLASA ADR	IŁOŚĆ SZTUK	OPAKOWANIE ZWROTNE (TAK/NIE)	KAUCJA (TAK/NIE)	NUMER FAKTURY*
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OPAKOWAŃ DO WYSYŁKI **

IŁOŚĆ KARTONÓW/STYROPIANÓW	
IŁOŚĆ MIEJSC PALETOWYCH (WYMIARY)	
WAGA BRUTTO	
INNE	

Wysyłający :

Imię i nazwisko

Miejscowość, data i podpis

Przyjmujący :

Imię i nazwisko

Miejscowość, data i podpis

* kolumnę 8 wypełniać tylko w przypadku zwrotu opakowań podlegających kaucji

**pola wymagane