

KARTA PRZEKAZANIA ODPADÓW						Nr karty		Rok kalendarzowy	2015		
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		Nr rejestrowy					
NIP		REGON		NIP		REGON		NIP		REGON	
Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad											
Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad											
Wnoszę o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych		TAK <input type="checkbox"/>				NIE <input checked="" type="checkbox"/>					
Kod odpadu		Rodzaj odpadu									
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					