

KARTA PRZEKAZANIA ODPADÓW				Nr karty	/.....		Rok kalendarzowy		
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			
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 <input type="checkbox"/>				NIE <input 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				