

KARTA PRZEKAZANIA ODPADU					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			32-410 Dobczyce ul. Jagiellońska 27		
Nr rejestrowy		Nr rejestrowy		Nr rejestrowy		Nr rejestrowy		Nr rejestrowy
NIP	REGON	NIP	REGON	NIP	REGON	NIP	REGON	REGON
Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad								
Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad								
Wnioskuje o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwianie 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		