

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		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	NIE
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 wykonania usługi transportu		Potwierdzam przyjęcie odpadu	
data, pieczęć i podpis		data, pieczęć i podpis		data, pieczęć i podpis	