

KARTA PRZEKAZANIA ODPADÓW				Nr karty		Rok kalendarzowy	
Nazwa i adres posiadacza odpadu, który przekazuje odpad		Nazwa i adres posiadacza odpadów transportującego odpad		Nazwa i adres posiadacza odpadu, 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							
Wnioskuje 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 wykonanie usługi transportu		Potwierdzam przyjęcie odpadu			
data, pieczęć i podpis data		data, pieczęć i podpis		data, pieczęć i podpis			