

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	
Nr rejestrowy		Nr rejestrowy		Nr rejestrowy	
NIP		NIP		NIP	
REGON		REGON		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]		Nr rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy	Nr certyfikatu oraz nr 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	