

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		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]				Nr rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy		Nr certyfikatu oraz numery pojemników	
Potwierdzam przekazanie odpadu				Potwierdzam przyjęcie odpadów do transportu i wykonanie usługi transportu				Potwierdzam przyjęcie odpadu			
data, pieczęć i podpis				data, pieczęć i podpis				data, pieczęć i podpis			