

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 przejmuję 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 wykonanie usługi transportu		Potwierdzam przyjęcie odpadu	
Data, pieczęć i podpis		Data, pieczęć i podpis		Data, pieczęć i podpis	