

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