

| 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 | |
| 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 | | | |
| | | | <input type="checkbox"/> | | | <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 | | | |