

KARTA PRZEKAZANIA ODPADÓW		Numer karty	Rok ewidencji
Posiadacz odpadów, który przekazuje odpad	Prowadzący działalność w zakresie transportu odpadów	Posiadacz odpadów, który przyjmuje odpad	
Adres:	Adres:	Adres:	
Telefon/fax	Telefon/fax	Telefon/fax	
Nr REGON	Nr REGON	Nr REGON	
Miejsce przeznaczenia odpadów			
Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad:			
Wnoszę o wydanie dokumentu potwierdzającego odzysk lub recykling:		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Kod odpadu	Rodzaj odpadu		
Data/ miesiąc	Masa przekazanych odpadów [Mg]	Numer rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy	
Potwierdzam przekazanie odpadu	Potwierdzam wykonanie usługi transportu odpadów	Potwierdzam przyjęcie odpadów	
data, pieczęć, podpis	data, pieczęć, podpis	data, pieczęć, podpis	