

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	
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			