

KARTA PRZEKAZANIA ODPADU					Nr karty ¹⁾		Rok kalendarzowy		
Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przekazuje odpad ^{2,3)}			Nazwa i adres posiadacza odpadów transportującego odpad ^{2)4) 5)}			Nazwa i adres posiadacza odpadów, które przejmuje odpad ²⁾⁶⁾			
Miejsce prowadzenia działalności ⁷⁾						Miejsce prowadzenia działalności ⁷⁾			
Nr rejestrowy ⁸⁾				Nr rejestrowy ^{5) 8)}				Nr rejestrowy ⁸⁾	
NIP ⁹⁾		REGON ⁹⁾		NIP ^{5) 9)}		REGON ⁵⁾⁹⁾		NIP ⁹⁾	
Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad ¹⁰⁾									
Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad ¹¹⁾									
Wnioskuję o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych ¹²⁾			TAK <input type="checkbox"/>			NIE <input type="checkbox"/>			
Kod odpadu ¹³⁾				Rodzaj odpadu ¹³⁾					
Data/miesiąc ^{14), 15)}			Masa przekazanych odpadów [Mg] ¹⁶⁾			Numer rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy ^{5,17)}		Numer certyfikatu oraz numery pojemników ¹⁸⁾	
Potwierdzam przekazanie odpadu			Potwierdzam przyjęcie odpadów do transportu i wykonanie usługi transportu ^{4,5)}			Potwierdzam przejęcie odpadu			
data, pieczęć ¹⁹⁾ i podpis			data, pieczęć ¹⁹⁾ i podpis			data, pieczęć ¹⁹⁾ i podpis			