**KARTA PRZEKAZANIA ODPADÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA PRZEKAZANIA ODPADÓW** | | | | | | **Nr karty**1) | |  | **Rok kalendarzowy** | | | **2019** |
| Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przekazuje odpad2), 3) | | | Nazwa i adres posiadacza odpadów transportującego odpad2), 4), 5) | | | | | Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przejmuje odpad2), 6)  **Zakład Komunalny Sp. z o.o.**  **Ul. Podmiejska 69 45-574 Opole** | | | | |
| **Miejsce prowadzenia działalności**7) | | | **Miejsce prowadzenia działalności**7)  **Ul. Podmiejska 69 45-574 Opole** | | | | |
| **Nr rejestrowy**8) | |  | **Nr rejestrowy**5), 8) | |  | | | **Nr rejestrowy**8) | | | **000007586** | |
| NIP9) | |  | NIP5), 9) | |  | | | NIP9) | | | **754-13-51-921** | |
| Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad10) | | |  | | | | | | | | | |
| Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad11) | | |  | | | | | | | | | |
| Wnioskuję o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych12) | | | TAK  🞏 | | | | NIE  🞏 | | | | | |
| Kod odpadu13) |  | | Rodzaj odpadu13) |  | | | | | | | | |
| **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 transportu4), 5) | | | | | Potwierdzam przejęcie odpadu | | | | |
| data i podpis19) | | | data i podpis19) | | | | | data i podpis19) | | | | |