

<b>KARTA PRZEKAZANIA ODPADU</b>				<b>Nr karty</b>		<b>Rok kalendarzowy</b>		<b>2015</b>			
Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przekazuje odpad			Nazwa i adres posiadacza odpadów transportującego odpad			Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przejmuje odpad					
			P.W. „KRIS” KRZYSZTOF MUSZALSKI UL. MAKUSZYŃSKIEGO 1 42-200 CZĘSTOCHOWA			P.W. „KRIS” KRZYSZTOF MUSZALSKI UL. MAKUSZYŃSKIEGO 1 42-200 CZĘSTOCHOWA					
Miejsce prowadzenia działalności						Miejsce prowadzenia działalności 42-200 CZĘSTOCHOWA UL. WARSZAWSKA 79					
<b>Nr rejestrowy</b>		-----		<b>Nr rejestrowy</b>		-----		<b>Nr rejestrowy</b>		-----	
<b>NIP</b>		<b>REGON</b>		<b>NIP</b>	9491780608	<b>REGON</b>	152161389	<b>NIP</b>	9491780608	<b>REGON</b>	152161389
Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad			P.W. „KRIS” KRZYSZTOF MUSZALSKI , UL.WARSZAWSKA 79, CZĘSTOCHOWA 42-200								
Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad			ND								
Wnoszę o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych			TAK <input type="checkbox"/>				NIE <input checked="" type="checkbox"/>				
Kod odpadu	16 02 16		Rodzaj odpadu	ELEMENTY USUNIĘTE ZE ZUŻYTYCH URZĄDZEŃ INNE NIŻ WYMIENIONE W 160215							
<b>Data/miesiąc</b>			<b>Masa przekazanych odpadów [Mg]</b>			<b>Numer rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy</b>		<b>Numer certyfikatu oraz numery pojemników</b>			
						ND		ND			
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					