

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⁾		REGON ⁹⁾		
Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad ¹⁰⁾												
Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad ¹¹⁾												
Wnioskuję o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwianie 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				