|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| KARTA PRZEKAZANIA ODPADU | | | | | | Nr karty | | | | | Rok kalendarzowy  **2019** | | |
| Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przekazuje odpad | | | | Nazwa i adres posiadacza odpadów transportującego odpad  EKO-WTÓR JAKUBIEC  Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  Spółka komandytowa  43-365 Wilkowice  ul. E.Kwiatkowskiego 44 | | | | | Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przejmuje odpad  EKO-WTÓR JAKUBIEC  Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością  Spółka komandytowa  43-365 Wilkowice  ul. E.Kwiatkowskiego 44 | | | | |
| Miejsce prowadzenia działalności | | | | Miejsce prowadzenia działalności  43-365 Wilkowice  ul. E.Kwiatkowskiego 44 | | | | |
| Nr rejestrowy |  | | | Nr rejestrowy | | | | 000003369 | Nr rejestrowy | | | 000003369 | |
| NIP |  | | | NIP | | | | 937-263-87-84 | NIP | | | 937-263-87-84 | |
| Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad | | | | EKO-WTÓR JAKUBIEC Sp. z o.o.Sp.k  43-365 Wilkowice, ul. E.Kwiatkowskiego 44 | | | | | | | | | |
| Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad | | | | |  | | | | | | | | |
| Wnioskuję o wydanie dokumentu potwierdzającegounieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznychlub zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych | | | | | | | TAK NIE | | | | | | |
| **Kod odpadu** | | **Rodzaj odpadu** | | | | | | | | | | | |
| **Data/miesiąc** | | | **Masa przekazanych odpadów**  **[Mg]** | | | | | | | **Numer rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy** | | | **Numer certyfikatu oraz numery pojemników** |
|  | | |  | | | | | | |  | | |  |
| Potwierdzam przekazanie odpadu  data i podpis | | | Potwierdzam przyjęcie odpadów do transportu i wykonanie usługi transportu  data i podpis | | | | | | | Potwierdzam przejęcie odpadu  data i podpis | | | |