

| KARTA PRZEKAZANIA ODPADU   |  |                     |   |                                | Nr karty <sup>1)</sup> |   | Rok kalendarzowy |   | 2018          |                     |           |
|--|--|---------------------|---|--------------------------------|------------------------|---|------------------|---|---------------|---------------------|-----------|
| Nazwa i adres posiadacza odpadów, który przekazuje odpad <sup>2,3)</sup>   |  |                     | Nazwa i adres posiadacza odpadów transportującego odpad <sup>2,4)</sup> 5)                |                                |                        | Nazwa i adres posiadacza odpadów, które przejmuje odpad <sup>2)6)</sup><br><b>ZAKŁAD UTYLIZACYJNY SP. Z O.O.<br/>UL. JABŁONIOWA 55, 80-180 GDAŃSK</b> |                  |   |               |                     |           |
| Miejsce prowadzenia działalności <sup>7)</sup>   |  |                     |   |                                |                        | Miejsce prowadzenia działalności <sup>7)</sup><br><b>ZAKŁAD UTYLIZACYJNY SP. Z O.O.<br/>UL. JABŁONIOWA 55, 80-180 GDAŃSK</b>                          |                  |   |               |                     |           |
| Nr rejestrowy <sup>8)</sup>  |  |                     |   | Nr rejestrowy <sup>5) 8)</sup> |                        |   |                  | Nr rejestrowy <sup>8)</sup>                             |               | 000023837           |           |
| NIP <sup>9)</sup>  |  | REGON <sup>9)</sup> |   | NIP <sup>5) 9)</sup>           |                        | REGON <sup>5)9)</sup>   |                  | NIP <sup>9)</sup>                                       | 583 000 20 19 | REGON <sup>9)</sup> | 190042880 |
| Posiadacz odpadów, któremu należy przekazać odpad <sup>10)</sup>   |  |                     | <b>ZAKŁAD UTYLIZACYJNY SP. Z O.O. UL. JABŁONIOWA 55, 80-180 GDAŃSK</b>                    |                                |                        |   |                  |   |               |                     |           |
| Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad <sup>11)</sup>   |  |                     |   |                                |                        |   |                  |   |               |                     |           |
| Wnioskuję o wydanie dokumentu potwierdzającego unieszkodliwienie zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych <sup>12)</sup> |  |                     | TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>                                 |                                |                        |   |                  |   |               |                     |           |
| Kod odpadu <sup>13)</sup>  |  |                     |   | Rodzaj odpadu <sup>13)</sup>   |                        |   |                  |   |               |                     |           |
| Data/miesiąc <sup>14), 15)</sup>   |  |                     | Masa przekazanych odpadów [Mg] <sup>16)</sup>   |                                |                        | Numer rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy <sup>5,17)</sup>   |                  | Numer certyfikatu oraz numery pojemników <sup>18)</sup> |               |                     |           |
|  |  |                     |   |                                |                        |   |                  |   |               |                     |           |
| Potwierdzam przekazanie odpadu   |  |                     | Potwierdzam przyjęcie odpadów do transportu i wykonanie usługi transportu <sup>4,5)</sup> |                                |                        | Potwierdzam przejęcie odpadu  |                  |   |               |                     |           |
| data, pieczęć <sup>19)</sup> i podpis  |  |                     | data, pieczęć <sup>19)</sup> i podpis   |                                |                        | data, pieczęć <sup>19)</sup> i podpis   |                  |   |               |                     |           |