

BORDEREAU  
de SUIVI**Élimination des pièces  
anatomiques humaines**Code de la Santé publique  
art. R 44-8  
Arrêté du  
3 septembre 1999

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des pièces anatomiques

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

<b>Etablissement producteur</b>		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement	
Cachet		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<b>Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.</b>	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Nom et signature du responsable	
Nombre de pièces remises au transporteur <input type="text"/>	Date de remise au transporteur <input type="text"/>		
<b>Collecteur / Transporteur</b>		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées <input type="text"/>	Date de remise au destinataire <input type="text"/>
Cachet		<b>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</b>	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
<b>Crématorium destinataire</b>		N° d'immatriculation <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces prises en charge <input type="text"/>	Date de prise en charge des pièces <input type="text"/>
Cachet		Date de la crémation <input type="text"/>	
		<b>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</b>	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Nom et signature de l'exploitant	
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge			

**BORDEREAU  
de SUIVI**

**Élimination des pièces  
anatomiques humaines**

*Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques*

*Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des pièces anatomiques*

*Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2*

<b>Etablissement producteur</b>		N° SIRET <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Nom ou dénomination - Adresse		Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement														
		<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20%; height: 20px;"></td> </tr> </table>														
Cachet		<b><i>Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.</i></b>														
Téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nom et signature du responsable														
Nombre de pièces remises au transporteur <input style="width: 50px;" type="text"/>	Date de remise au transporteur <input style="width: 100%;" type="text"/>															
<b>Collecteur / Transporteur</b>		N° SIRET <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées <input style="width: 50px;" type="text"/>	Date de remise au destinataire <input style="width: 100%;" type="text"/>													
		<b><i>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</i></b>														
Cachet		Nom et signature														
Téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 100%;" type="text"/>															
<b>Crématorium destinataire</b>		N° d'immatriculation <input style="width: 100%;" type="text"/>														
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces prises en charge <input style="width: 50px;" type="text"/>	Date de prise en charge des pièces <input style="width: 100%;" type="text"/>													
			Date de la crémation <input style="width: 100%;" type="text"/>													
Cachet		<b><i>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</i></b>														
Téléphone <input style="width: 100%;" type="text"/>	Fax <input style="width: 100%;" type="text"/>	Nom et signature de l'exploitant														
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input style="width: 100%;" type="text"/>															
Motifs du refus de prise en charge																

**BORDEREAU  
de SUIVI**

**Élimination des pièces  
anatomiques humaines**

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des pièces anatomiques

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

<b>Etablissement producteur</b>		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement	
Cachet		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		<b>Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.</b>	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Nom et signature du responsable	
Nombre de pièces remises au transporteur <input type="text"/>	Date de remise au transporteur <input type="text"/>		
<b>Collecteur / Transporteur</b>		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées <input type="text"/>	Date de remise au destinataire <input type="text"/>
Cachet		<b>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</b>	
		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
<b>Crématorium destinataire</b>		N° d'immatriculation <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces prises en charge <input type="text"/>	Date de prise en charge des pièces <input type="text"/>
Cachet		Date de la crémation <input type="text"/>	
		<b>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</b>	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Nom et signature de l'exploitant	
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge			

**BORDEREAU  
de SUIVI**

**Élimination des pièces  
anatomiques humaines**

Code de la Santé publique  
art. R 44-8  
Arrêté du  
3 septembre 1999

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des pièces anatomiques

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

<b>Etablissement producteur</b>		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Cachet		<b>Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.</b>	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Nombre de pièces remises au transporteur <input type="text"/>	Date de remise au transporteur <input type="text"/>		
		Nom et signature du responsable	
<b>Collecteur / Transporteur</b>		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées <input type="text"/>	Date de remise au destinataire <input type="text"/>
		<b>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</b>	
Cachet		Nom et signature	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
<b>Crématorium destinataire</b>		N° d'immatriculation <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces prises en charge <input type="text"/>	Date de prise en charge des pièces <input type="text"/>
			Date de la crémation <input type="text"/>
Cachet		<b>J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.</b>	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	Nom et signature de l'exploitant	
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>	Date de refus de prise en charge <input type="text"/>		
Motifs du refus de prise en charge			