

BORDEREAU
de SUIVI**Élimination des déchets
d'activités de soins à risques
infectieux avec regroupement**Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

L'exploitant de l'installation de regroupement conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

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

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à l'installation de regroupement et conserve le feuillet n°2

Installation de regroupement		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur *		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
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		Nom et signature de l'exploitant	

**BORDEREAU
de SUIVI**
**Élimination des déchets
d'activités de soins à risques
infectieux avec regroupement**

 Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

L'exploitant de l'installation de regroupement conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

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

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à l'installation de regroupement et conserve le feuillet n°2

Installation de regroupement		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur *		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
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 déchets
d'activités de soins à risques
infectieux avec regroupement**Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

L'exploitant de l'installation de regroupement conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

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

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à l'installation de regroupement et conserve le feuillet n°2

Installation de regroupement		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur *		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
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		Nom et signature de l'exploitant	

BORDEREAU
de SUIVI**Élimination des déchets
d'activités de soins à risques
infectieux avec regroupement**Code de la Santé publique
art. R 44-2
Arrêté du
3 septembre 1999

L'exploitant de l'installation de regroupement conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

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

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à l'installation de regroupement et conserve le feuillet n°2

Installation de regroupement		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets remis en tonnes <input type="text"/>	Date de remise au collecteur / transporteur <input type="text"/>
Cachet		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié relatif au transport des matières dangereuses.	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Identification des déchets au titre de l'A.D.R. <input type="text"/>	Code de la nomenclature des déchets <input type="text"/>		
Collecteur / Transporteur *		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets transportés en tonnes <input type="text"/>	Date de remise à l'installation destinataire <input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
Installation destinataire		N° SIRET <input type="text"/>	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>	Volume de chaque conditionnement en litres <input type="text"/>
		Poids de déchets pris en charge en tonnes <input type="text"/>	Date de prise en charge <input type="text"/>
Cachet		Opération effectuée <input type="checkbox"/> Incinération <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection	Date de l'opération <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Téléphone <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>		
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		Nom et signature de l'exploitant	