Załącznik 1 do IPzOM - karta przekazu odpadów w ICNT UMK w Toruniu

KARTA PRZEKAZANIA ODPADU	**Nr karty**(1)	**Rok kalendarzowy** .....

Posiadacz odpadów, który przekazuje odpad (2), (3)	**Transportujący odpad** (2), (4)	Posiadacz odpadów, który przyjmuje odpad (2)
Interdyscyplinarne Centrum Nowoczesnych Technologii UMK w Toruniu	Centrum Onkologii im. Prof. F. **Łukaszczyka, Zakład Utylizacji Odpadów Medycznych**	Centrum Onkologii im. Prof. F. **Łukaszczyka, Zakład Utylizacji Odpadów Medycznych**
Adres (5) ul. Wileńska 4 87-100 Toruń tel. 566 65 6005, 566 65 6002, 566 65 6001	Adres (5), (6) ul. I. Romanowskiej 2 85-796 Bydgoszcz tel. 523 74 3531, 523 74 3532 523 74 3535	Adres (5) ul. I. Romanowskiej 2 85-796 Bydgoszcz tel. 523 74 3531, 523 74 3532, fax. 523 74 3535
Nr REGON (6) 000001324	**Nr REGON** (6), (7) 001255363	**Nr REGON** (6) 001255363

Miejsce przeznaczenia odpadu (8)
Zakład Utylizacji Odpadów Medycznych, Centrum Onkologii w Bydgoszczy
ul. I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz

Rodzaj **procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad** (9) .....

Wnioskuję o wydanie dokumentu potwierdzającego odzysk lub recykling (10) TAK ☐ NIE ☒

Kod odpadu (11)	**Rodzaj odpadu** (11)
18 01 03	Inne odpady, które zawierają żywe drobnoustroje chorobotwórcze lub ich toksyny oraz inne formy zdolne do przeniesienia materiału genetycznego, o których wiadomo lub co do których istnieją wiarygodne podstawy do sądzenia, że wywołują choroby u ludzi i zwierząt (np. zainfekowane pieluchomajtki, podpaski, podkłady) z wyłączeniem 18 01 80 i 18 01 82.

Data/miesiąc (12), (13)	Masa przekazanych odpadów [Mg](14)	Numer rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy (7), (15)
.....	.....	.....

LIST PRZEWOZOWY	Data: ..... r.
UN 3291 ODPAD KLINICZNY, **NIEOKREŚLONY I.N.O. 6.2, II**	**Nadawca:** Interdyscyplinarne Centrum Nowoczesnych Technologii UMK w Toruniu ul. Wileńska 4, 87-100 Toruń tel. 56 665 6005, 56 665 6002
Ilość szt./kg ...../.....	Odbiorca: Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka ul. I. Romanowskiej 2 85-796 Bydgoszcz tel. 523 74 3533, fax. 523 74 3535

Imię i nazwisko kierowcy:	**Przewoźnik:** Centrum Onkologii im. Prof. F. Łukaszczyka ul. I. Romanowskiej 2, 85-796 Bydgoszcz tel. 523 74 3128, fax. 523 74 3535

Potwierdzam przekazanie odpadu	**Potwierdzam wykonanie usługi transportu** (4), (6)	**Potwierdzam przejęcie odpadu**
Data, pieczęć i podpis	**Data, pieczęć i podpis**	**Data, pieczęć i podpis**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 8 grudnia 2010 r. w sprawie wzoru dokumentów stosowanych na potrzeby ewidencji odpadów (Dz. U. z 2010 r., Nr 249, poz. 1673)