KARTA PRZEKAZANIA ODPADU	**Nr karty**	**Rok kalendarzowy**
Posiadacz odpadów, który przekazuje odpad	Prowadzący działalność w zakresie transportu odpadu	Posiadacz odpadów, który przejmuje odpad **Miejski Zakład Gospodarki Komunalnej Sp. z o.o. w Bolesławcu** ***Zakład Unieszkodliwiania Odpadów Komunalnych w Trzebieniu***
Adres	Adres	Adres **59-700 Bolesławiec** **TRZEBIEŃ** **ul. Spacerowa 24**
Nr REGON	Nr REGON	Nr REGON **230478960**
Miejsce przeznaczenia odpadów **Zakład Unieszkodliwiania Odpadów Komunalnych w Trzebieniu**		
Rodzaj procesu przetwarzania, któremu powinien zostać poddany odpad		
Wnioskuję o wydanie dokumentu potwierdzającego odzysk lub recykling TAK NIE		
Kod odpadu	Rodzaj odpadu	
Data / miesiąc	**Masa przekazanych odpadów [Mg]**	**Numer rejestracyjny pojazdu, przyczepy lub naczepy**
Potwierdzam przekazanie odpadu data, pieczęć i podpis	Potwierdzam wykonanie usługi transportu odpadu data, pieczęć i podpis	Potwierdzam przejęcie odpadu . data, pieczęć i podpis