

1

**BORDEREAU
de PRISE EN
CHARGE**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**

Code de la Santé publique
L 5132-2 et R 5132 - 45
Arrêté du 30 mars 1998

Producteur de déchets

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax	Code postal	Commune
Mail : @		Type de séparateur d'amalgame	
Adresse de l'installation de valorisation		Date de remise au transporteur	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>
Code postal	Commune	J J M M A A A A	Déchet sec d'amalgame <input type="text" value="Ka"/>
Téléphone		Date et signature	
Mail : @		J J M M A A A A	

J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus, et que les conditions exigées pour le transport et la valorisation ont été remplies.

Collecteur / Transporteur

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax	Code postal	Commune
Mail : @		J'ai pris connaissance des informations du producteur, et atteste l'exactitude des renseignements me concernant.	
regroupement des déchets d'amalgame Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Date et signature	
Lieu de regroupement		J J M M A A A A	

1

**BORDEREAU
de PRISE EN
CHARGE**

Elimination des déchets d'amalgames dentaires

Code de la Santé publique
L 5132-2 et R 5132 - 45
Arrêté du 30 mars 1998

Producteur de déchets

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax	Code postal	Commune
Mail : @		Type de séparateur d'amalgame	
Adresse de l'installation de valorisation		Date de remise au transporteur	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>
Code postal	Commune	J J J M M A A A A	Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
Téléphone		Date et signature	
Mail : @		J J J M M A A A A	
<p><i>J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus, et que les conditions exigées pour le transport et la valorisation ont été remplies.</i></p>			

Collecteur / Transporteur

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax	Code postal	Commune
Mail : @		Date et signature	
regroupement des déchets d'amalgame Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Identification du lot Numéro <input type="text"/>	<p><i>J'ai pris connaissance des informations du producteur, et atteste l'exactitude des renseignements me concernant.</i></p>	
Lieu de regroupement		<p>Date et signature</p> <p>J J J M M A A A A</p>	