

Formulair N°11351*04	Ministère chargé de la Santé		Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux		Code de la Santé publique art. R 1335-4 Arrêté du 7 septembre 1999 Arrêté du 29 mai 2009	
	<p><i>La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets</i></p> <p><i>Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets</i></p> <p><i>L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2</i></p>					
Bordereau n°						
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			Identification des déchets au titre de l'ADR		Code -nomenclature des déchets	
Nom ou dénomination - Adresse			Designation des conditionnements remis		Capacité (litres)	
					Nombre	
Cachet			Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :	
			<input type="checkbox"/> Réelle :kg <input type="checkbox"/> Estimée	 L	
N° SIRET			Date de remise au collecteur/transporteur			
Téléphone			Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Fax ou mél						
Collecteur / Transporteur			Refus de prise en charge :		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel			
			Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Cachet			Designation des conditionnements transportés		Capacité (litres)	
					Nombre	
Réceptissé n°			Date de remise à l'installation destinataire			
Département			J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Limite de validité						
N° SIRET			Quantité de déchets transportés (kg)		Quantité de déchets transportés (L) :	
			<input type="checkbox"/> Réelle :kg <input type="checkbox"/> Estimée	 L	
Téléphone			Nom et signature			
Fax ou mél						
Installation destinataire			Designation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	
Nom ou dénomination - Adresse					Nombre	
Cachet			Quantité de déchets acceptés :kg		Date de prise en charge	
N° SIRET			Opération (code du traitement)		Date de l'opération	
			<input type="checkbox"/> Incinération (D10)			
			<input type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique (R1)			
			<input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D9)			
Téléphone			J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Fax ou mél						
Refus de prise en charge			Nom et signature de l'exploitant			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiel						
Date du refus de prise en charge						
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :						