

Bordereau de suivi des déchets (suite)

Page n° /

N° du bordereau de rattachement :

- À REMPLIR EN CAS D'ENTREPOSAGE PROVISOIRE OU DE RECONDITIONNEMENT -

| | |
|---|--|
| 13. Réception dans l'installation d'entreposage ou de reconditionnement ° SIRET : 696 880 178 00129 NOM : REMONDIS France Adresse : ZAC les Vallées, Avenue de Bruxelles 60110 Amblainville Tél. : 03.44.22.43.35 Fax : 03.44.22.28.24 Mél : Personne à contacter : Agathe Cormont Quantité présentée : <input checked="" type="checkbox"/> réelle <input type="checkbox"/> estimée Date de présentation : Lot accepté : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Motif de refus : Date : Signature et cachet : | 14. Installation de destination prévue N° SIRET 200 369 10 NOM : HACH LANGE GmbH Adresse : Willstätterstrasse 11 D-40549 Düsseldorf Tél. : 0049 211 528 8107 Fax : 0049 211 528 8143 Mél : dirk.kruse@hach-lange.de Personne à contacter : Dirk Kruse N° de CAP (le cas échéant) : Opération d'élimination / valorisation prévue (code D/R) : R5, R6, R3, R4 Cadre 14 rempli par : <input type="checkbox"/> Émetteur du bordereau (cf cadre 1) <input type="checkbox"/> Installation d'entreposage ou de reconditionnement (cf cadre 13) |
|---|--|

15. Mentions au titre des règlements ADR, RID, ADNR, IMDG (le cas échéant) :
 (à remplir en cas de reconditionnement uniquement)

16. Conditionnement: benne citerne GRV fût autre (préciser) Nombre de colis : 1
 (à remplir en cas de reconditionnement uniquement)

17. Quantité réelle estimée tonne(s)
 (à remplir en cas de reconditionnement uniquement)

| | |
|---|---|
| 18. Collecteur-transporteur après entreposage ou reconditionnement N° SIREN : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NOM : Adresse : Tél. : Fax : Mél : Personne à contacter : | Récépissé n° Département : Limite de validité : Mode de transport : Date de la prise en charge : Signature : <input type="checkbox"/> Transport multimodal (Cadres 20 et 21 à remplir) |
|---|---|

19. Déclaration de l'exploitant du site d'entreposage ou de reconditionnement :
 Je soussigné certifie que les renseignements portés ci-dessus sont exacts et établis de bonne foi.

NOM : Date : Signature et cachet :

- À REMPLIR EN CAS DE TRANSPORT MULTIMODAL -

| | |
|--|---|
| 20. Collecteur-transporteur N° SIREN : NOM : Adresse : Tél. : Fax. : Mél : Prsonne à contacter : | Récépissé n° : Département : Limite de validité : Mode de transport : Date de prise en charge : Signature: <input type="checkbox"/> Transport multimodal (Cadres 20 et 21 à remplir) |
|--|---|

| | |
|--|---|
| 21. Collecteur-transporteur n° N° SIREN : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NOM : Adresse : Tél. : Fax. : Mél : Personne à contacter : | Récépissé N° : Département : Limite de validité : Mode de transport : Date de prise en charge : / / Signature: |
|--|---|