

2

**BORDEREAU
de SUIVI**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**
*Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161*
Arrêté du 30 mars 1998

Collecteur / Transporteur		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Regroupement des déchets d'amalgame <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Séparateur Nb <input type="text"/> Filtre Nb <input type="text"/> Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
Lieu de regroupement		Date de prise en charge du lot	
Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Date de remise au destinataire final	Date de valorisation du lot	
J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.		J'atteste avoir pris connaissance des renseignements ci-dessus.	
Date et signature		Date et signature	

Feuillelet n°1 à conserver par le Collecteur/Transporteur

2

**BORDEREAU
de SUIVI**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**
*Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161*
Arrêté du 30 mars 1998

Collecteur / Transporteur		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Regroupement des déchets d'amalgame <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Séparateur Nb <input type="text"/> Filtre Nb <input type="text"/> Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
Lieu de regroupement		Date de prise en charge du lot	
Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Date de remise au destinataire final	Date de valorisation du lot	
J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.		J'atteste avoir pris connaissance des renseignements ci-dessus.	
Date et signature		Date et signature	

 Feuillet n°2 à conserver par le **Destinataire/Site de valorisation**

2

**BORDEREAU
de SUIVI**
**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**

Code de la Santé publique
art. R 5152 et R 5161

Arrêté du 30 mars 1998

Collecteur / Transporteur		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination		Nom ou dénomination	
Adresse		Adresse	
Nom du responsable		Nom du responsable	
Téléphone	Fax	Téléphone	Fax
Regroupement des déchets d'amalgame <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Séparateur Nb <input type="text"/> Filtre Nb <input type="text"/> Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
Lieu de regroupement		Date de prise en charge du lot	
Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Date de remise au destinataire final	Date de valorisation du lot	
J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus.		J'atteste avoir pris connaissance des renseignements ci-dessus	
Date et signature		Date et signature	

Feuillet n°3 à retourner au **Producteur de déchets**