

1

**BORDEREAU
de PRISE
EN CHARGE**

**Elimination des
déchets d'amalgames
dentaires**

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

Arrêté du 30 mars 1998

Producteur de déchets

| | | | |
|---|-----|---|---|
| Nom ou dénomination | | N° SIRET | |
| Nom du responsable | | Adresse | |
| Téléphone | Fax | | |
| Adresse de l'installation de valorisation | | Type de séparateur d'amalgame | |
| Téléphone | | Date de remise au transporteur | Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/> |
| Fax | | Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg | |
| <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> | | | |
| Téléphone | | Date et signature | |
| Fax | | | |

Collecteur / Transporteur

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

1

**BORDEREAU
de PRISE
EN CHARGE**

Elimination des déchets d'amalgames dentaires

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

Arrêté du 30 mars 1998

Producteur de déchets

| | | | |
|---|-----|---|---|
| Nom ou dénomination | | N° SIRET | |
| Nom du responsable | | Adresse | |
| Téléphone | Fax | | |
| Adresse de l'installation de valorisation | | Type de séparateur d'amalgame | |
| Téléphone | | Date de remise au transporteur | Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/> |
| Fax | | Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg | |
| <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> | | | |
| Téléphone | | Date et signature | |
| Fax | | | |

Collecteur / Transporteur

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

Feuillet n°2 à conserver par le **Collecteur/Transporteur**