

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux avec regroupement

Code de la Santé publique  
art. R.1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

L'exploitant de l'installation de regroupement doit joindre à ce bordereau la liste de toutes les personnes responsables de l'élimination des déchets (PRED)  
L'exploitant de l'installation de regroupement conserve le feuillet n° 4 après remise des déchets  
Le collecteur/transporteur conserve le feuillet n° 3 après remise des déchets  
L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n° 1 à l'émetteur et conserve le feuillet n° 2

**Bordereau n° :**

N° de la liste jointe des bons de prise en charge ou des bordereaux attachés :

<b>Installation de regroupement</b>			Identification des déchets au titre de l'ADR <b>UN3291 déchet médical NSA 6.2 II (-)                  déchets conformes au 2.1.3.5.5</b>		Code - nomenclature des déchets 1   8   0   1   0   3   L		
Nom ou dénomination - Adresse  <b>LA COLLECTE MEDICALE</b> 4 rue Lavoisier - ZI La Goulgatière 35220 CHATEAUBOURG  Cachet Agit pour le compte de l'éco organisme agréé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			Désignation des conditionnements remis  VRAC		Capacité (litres)   Nombre		
			Quantité de déchets remis (en kg) <input type="checkbox"/> Réelle : ..... kg <input type="checkbox"/> Estimée		Quantité de déchets remis (en L) : ..... L		
N° SIRET   4   1   8   4   3   1   0   2   9   0   0   0   1   0			Date de remise au collecteur/transporteur				
Téléphone   0   2   9   9   0   4   6   2   0   0			Fax ou mél			Nom et signature de l'exploitant de l'installation de regroupement P. de LA THEARDIERE	
<b>Collecteur / Transporteur</b>			Désignation des conditionnements transportés  VRAC		Capacité (litres)   Nombre		
Nom ou dénomination* - Adresse* <b>LA COLLECTE MEDICALE</b> 4 rue Lavoisier - ZI La Goulgatière 35220 CHATEAUBOURG Cachet			Quantité de déchets transportés (en kg) <input type="checkbox"/> Réelle : ..... kg <input type="checkbox"/> Estimée		Quantité de déchets transportés (en L) : ..... L		
			Récepissé n° 2014-43		Département 35		Limite de validité 10/04/2019
N° SIRET   4   1   8   4   3   1   0   2   9   0   0   0   1   0			Date de remise à l'installation destinataire				
Téléphone   0   2   9   9   0   4   6   2   0   0			Fax ou mél contact@lacollectemedicale.fr			J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement.  P. de LA THEARDIERE	
Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiel			Date de refus de prise en charge 				
Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			Nom et signature				
<b>Installation destinataire</b>			Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)   Nombre		
Nom ou dénomination - Adresse  Cachet			Quantité de déchets acceptés .....kg		Date de prise en charge 		
			N° SIRET			Opération (code du traitement) <input type="checkbox"/> Incinération (D10) <input type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique (R1) <input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection (D9)	
Téléphone			Fax ou mél			J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED).	
Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiel			Date de refus de prise en charge 				
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :			Nom et signature de l'exploitant				