

1

**BORDEREAU  
de PRISE EN  
CHARGE**

# Elimination des déchets d'amalgames dentaires

Code de la Santé publique  
L 5132-2 et R 5132 - 45  
Arrêté du 30 mars 1998

## Producteur de déchets

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax	Code postal	Commune
Mail : @		Type de <b>séparateur</b> d'amalgame	
Adresse de l'installation de valorisation		Date de remise au transporteur	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>
Code postal	Commune	J                     J J M M A A A A	Déchet sec d'amalgame <input type="text" value="Ka"/>
Téléphone		Date et signature	
Mail : @		J                     J J M M A A A A	
Téléphone		Date et signature	
Mail : @		J                     J J M M A A A A	

*J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus, et que les conditions exigées pour le transport et la valorisation ont été remplies.*

## Collecteur / Transporteur

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax	Code postal	Commune
Mail : @		Date et signature	
<b>regroupement</b> des déchets d'amalgame Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Identification du lot Numéro <input type="text"/>	J'ai pris connaissance des informations du producteur, et atteste l'exactitude des renseignements me concernant.	
Lieu de regroupement		Date et signature	
		J                     J J M M A A A A	

1

**BORDEREAU  
de PRISE EN  
CHARGE**

# Elimination des déchets d'amalgames dentaires

Code de la Santé publique  
L 5132-2 et R 5132 - 45  
Arrêté du 30 mars 1998

## Producteur de déchets

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax	Code postal	Commune
Mail : @		Type de <b>séparateur</b> d'amalgame	
Adresse de l'installation de valorisation		Date de remise au transporteur	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>
Code postal	Commune	J                 J J M M A A A A	Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg
Téléphone		Date et signature	
Mail : @		J                 J J M M A A A A	

*J'atteste l'exactitude des renseignements ci-dessus, et que les conditions exigées pour le transport et la valorisation ont été remplies.*

## Collecteur / Transporteur

Nom ou dénomination		N° SIRET	
Nom du responsable		Adresse	
Téléphone	Fax	Code postal	Commune
Mail : @		J'ai pris connaissance des informations du producteur, et atteste l'exactitude des renseignements me concernant.	
<b>regroupement</b> des déchets d'amalgame Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Identification du lot Numéro <input type="text"/>	Date et signature	
Lieu de regroupement		J                 J J M M A A A A	