

3

**BORDEREAU
d'ENVOI**

Elimination des déchets d'amalgames dentaires

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

Producteur de déchets		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination _____ _____		Nom ou dénomination _____ _____	
Adresse _____ _____		Adresse _____ _____	
Code postal		Code postal	
Commune _____		Commune _____	
Nom du responsable _____ _____		Nom du responsable _____ _____	
Téléphone 	Fax 	Téléphone 	Fax
Mail : _____ @ _____		Mail : _____ @ _____	
Type de séparateur d'amalgame _____		Date de réception des déchets J J M M A A A A	Date de valorisation des déchets J J M M A A A A
Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>	Date d'envoi au destinataire final J J M M A A A A		
Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg	Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg		
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° 1 à conserver par le Destinataire/Site de valorisation

3

MINISTÈRE CHARGÉ DE LA SANTÉ


**BORDEREAU
d'ENVOI**

Elimination des déchets d'amalgames dentaires

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

Producteur de déchets		Destinataire / Site de valorisation	
N° SIRET		N° SIRET	
Nom ou dénomination _____ _____		Nom ou dénomination _____ _____	
Adresse _____ _____		Adresse _____ _____	
Code postal		Code postal	
Commune _____		Commune _____	
Nom du responsable _____ _____		Nom du responsable _____ _____	
Téléphone 	Fax 	Téléphone 	Fax
Mail : _____ @ _____		Mail _____ @ _____ :	
Type de séparateur d'amalgame _____		Date de réception des déchets J J M M A A A A	Date de valorisation des déchets J J M M A A A A
Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>	Date d'envoi au destinataire final J J M M A A A A	Séparateur <input type="checkbox"/> Filtre <input type="checkbox"/>	
Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg		Déchet sec d'amalgame <input type="text"/> Kg	
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 retourner au Producteur **de** déchets