

Bordereau de suivi des déchets (suite)

Page n° /

N° du bordereau de rattachement :
- À REMPLIR EN CAS D'ENTREPOSAGE PROVISOIRE OU DE RECONDITIONNEMENT -

13. Réception dans l'installation d'entreposage ou de reconditionnement N° SIRET : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NOM : Adresse : Quantité présentée : <input type="checkbox"/> réelle <input type="checkbox"/> estimée tonne(s) Date de présentation : / / Lot accepté : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Motif de refus : Date : / / Signature et cachet :	14. Installation de destination prévue N° SIRET : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NOM : Adresse : Tél. : Fax : Mél : Personne à contacter : N° de CAP (le cas échéant) : Opération d'élimination / valorisation prévue (code D/R) : Cadre 14 rempli par : <input type="checkbox"/> Émetteur du bordereau (cf cadre 1) <input type="checkbox"/> Installation d'entreposage ou de reconditionnement (cf cadre 13)
--	--

15. Mentions au titre des règlements ADR, RID, ADN, IMDG (le cas échéant) :
 (à remplir en cas de reconditionnement uniquement)

16. Conditionnement: benne citerne GRV fût autre (préciser) Nombre de colis :

17. Quantité réelle estimée tonne(s)
 (à remplir en cas de reconditionnement uniquement)

18. Collecteur-transporteur après entreposage ou reconditionnement N° SIREN : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NOM : Adresse : Tél. : Fax : Mél : Personne à contacter :	Récépissé n° Département : Limite de validité : Mode de transport : Date de la prise en charge : / / Signature : <input type="checkbox"/> Transport multimodal (Cadres 20 et 21 à remplir)
---	---

19. Déclaration de l'exploitant du site d'entreposage ou de reconditionnement :
 Je soussigné certifie que les renseignements portés ci-dessus sont exacts et établis de bonne foi.

 NOM : Date : / / Signature et cachet :

- À REMPLIR EN CAS DE TRANSPORT MULTIMODAL -

20. Collecteur-transporteur n° N° SIREN : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NOM : Adresse : Tél. : Fax. : Mél : Personne à contacter :	Récépissé N° : Département : Limite de validité : Mode de transport : Date de prise en charge : / / Signature:
--	--

21. Collecteur-transporteur n° N° SIREN : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NOM : Adresse : Tél. : Fax. : Mél : Personne à contacter :	Récépissé N° : Département : Limite de validité : Mode de transport : Date de prise en charge : / / Signature:
--	--

Ce feuillet n'est à joindre que lorsqu'une des cases est remplie.