

**BORDEREAU
de SUIVI**

**Élimination 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 consolidé du 25 février 2004

L'exploitant de l'installation de regroupement doit joindre à ce bordereau la liste de tous les producteurs
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'installation de regroupement et conserve le feuillet n° 2

Installation de regroupement		N° SIRET	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements remis	Volume de chaque conditionnement
			en litres
Cachet		Poids de déchets remis	Date de remise au collecteur / transporteur
		en tonnes	
Téléphone		Fax	
Identification des déchets au titre de l'A.D.R.		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté consolidé du 25 février 2004 relatif au transport des matières dangereuses.	
Code de la nomenclature des déchets			
		Nom et signature de l'exploitant	
Collecteur / Transporteur *		N° SIRET	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements transportés	Volume de chaque conditionnement
			en litres
Cachet		Poids de déchets transportés	Date de remise à l'installation destinataire
		en tonnes	
Téléphone		Fax	
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
		Nom et signature	
Installation destinataire		N° SIRET	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de conditionnements pris en charge	Volume de chaque conditionnement
			en litres
Cachet		poids de déchets pris en charge	Date de prise en charge
		en tonnes	
Téléphone		Fax	
Opération effectuée		Date de l'opération	
<input type="checkbox"/> Incinération			
<input type="checkbox"/> Pré-traitement par désinfection			
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/>		Date de refus de prise en charge	
Motifs du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	