**Dane adresowe spalarni**

**......................................**

**......................................**

**WNIOSEK O WYDANIE DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO**

**UNIESZKODLIWIANIE ZAKAŹNYCH ODPADÓW MEDYCZNYCH**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA I ADRES WYTWÓRCY ODPADÓW** |  |
| Tel. / Fax |  |  |
| Województwo / Gmina |  |  |
| Adres e-mail |  |
| Regon / NIP |  |  |
| **NAZWA I ADRES WYTWÓRCY ODPADÓW ( miejsce wytworzenia -jeżeli inne niż adres wytwórcy odpadów)** |  |
| Tel. / Fax |  |  |
| Województwo / Gmina |  |  |
| Adres e-mail |  |
| Regon / NIP |  |  |
| **NAZWA I ADRES ZBIERAJĄCEGO / TRANSPORTUJĄCEGO ODPADY** |  |
| Tel. / Fax |  |  |
| Województwo / Gmina |  |  |
| Adres e-mail |  |
| Regon / NIP |  |  |
| **AKRONIM** (symbol nadany przez transportującego/zbierającego odpad, podmiotowi przekazującemu odpad) |  |
| Adres Wojewódzkiego Inspektoratu Ochrony Środowiska **właściwego ze względu na miejsce wytworzenia** zakaźnych odpadów medycznych lub zakaźnych odpadów weterynaryjnych. |
|  |
| **Termin obowiązywania wniosku** |  |
| Wyrażam zgodę na przesyłanie dokumentu w formacie pdf na adres poczty elektronicznej………………………………………………(adres poczty elektronicznej) | …………………………..………………………………………..(data, pieczęć i podpis składającego wniosek) |