

Formulaire Cerfa N°
11352*04

**Bordereau de suivi
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 du 29 mai 2009

L'exploitant de l'installation de regroupement doit joindre à ce bordereau la liste de toutes les personnes responsables de l'élimination des déchets (PRED)
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'émetteur et conserve le feuillet n°2

Bordereau n°:

N° de la liste jointe des bons de prise en charge ou des bordereaux attachés :

Installation de regroupement		Identification des déchets au titre de l'ADR		Code - nomenclature des déchets	
Nom ou dénomination - Adresse		Designation des conditionnements remis		Capacité (litres)	Nombre
Cachet		Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :	
Agit pour le compte de l'éco organisme agréé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Réelle:kg <input type="checkbox"/> Estimée	 L	
N° SIRET		Date de remise au collecteur/transporteur			
Téléphone		Fax ou mél		Nom et signature de l'exploitant de l'installation de regroupement	
Collecteur / Transporteur		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres)	
Nom ou dénomination* - Adresse*					
Cachet					
Récepissé n°	Département	Limite de validité			
N° SIRET		Quantité de déchets transportés (en kg)		Quantité de déchets transportés (en L) :	
		<input type="checkbox"/> Réelle:kg <input type="checkbox"/> Estimée	 L	
Téléphone		Fax ou mél		Date de remise à l'installation destinataire :	
Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel		Date du refus de prise en charge		J'atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessus déclarées par l'exploitant de l'installation de regroupement	
Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :				Nom et signature	
Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	
Nom ou dénomination - Adresse					
Cachet					
N° SIRET		Quantité de déchets acceptée :kg		Date de prise en charge	
Téléphone		Fax ou mél		Date de l'opération	
Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel		Date du refus de prise en charge		Opération (code du traitement)	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées:				<input type="checkbox"/> Incinération (D10) <input type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique (R1) <input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D9)	
				J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
				Nom et signature de l'exploitant	