

Godsdeklaration/transportdokument för farligt gods/farligt avfall

Avsändare		Mottagare	
Enhet:		Företag: MediCarrier Transport / Älvsjödepån	
Adress:		Adress: Varuvägen 16 125 30 ÄLVSJÖ	
Org.nr	Kommunkod:		
Avsant den:		Org.nr	
Kostnadsställe:			
Transportör		Mottaget den:	
Företag: MediCarrier AB		Ansvarig:	
Adress:Finspångsgatan 44 163 53 SPÅNGA		Namnförtydl.:	
Org.nr : 556543-6168			

Transport som inte överskrider de i 1.1.3.6 i ADR-S angivna mängderna.

Godsbeskrivning (Stryk de alternativ som inte gäller)	Avfalls-kod	Typ av kollin	Volym/L på kolli	Antal kollin	Brutto-vikt	Värde* (max 1000)
Farligt avfall						
UN 3291 Smittförande avfall, ospecificerat, n.o.s.6.2,II	18 01 03	Plastlåda				
UN 3249 Avfall läkemedel (medicin), fast,giftigt,n.o.s.6.1,II,(D/E),miljöfarligt	18 01 08 18 01 09	Plastlåda				
UN	18 01 06	Låda/Dunk				
UN	18 01 06	Låda/Dunk				
För Farligt avfall/EI avfall använd separat blankett						
Biologiskt avfall	18 01 02	Plastlåda				
Totalt värde:						

*Transportkategori 2: Kg (Gäller bland annat UN 3249 och UN3291 antal kilo x 3)

*Transportkategori 3: Kg (Antal kilo x 1)

Underskrift

Avsändare	Transportör
Ort datum	Ort datum
Signatur	Signatur
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Skrivs ut i 3 exemplar: ett exemplar arkiveras hos avsändaren ett exemplar arkiveras hos transportören och ett exemplar följer med godset.

VAKT..... DATUM.....		
ORD ANG	<input type="checkbox"/>	PRODUKT 2 <input type="checkbox"/>
EXTRA STOPP	<input type="checkbox"/>	