

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 Transport	Ansvarig:
Adress: Finspångsgatan 44 163 53 SPÅNGA	Namnförtydl.: DETTA SKA ALLTID Fyllas I. ERT NAMN OCH ADRESS.
Org.nr : 556543-6168	

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

Godsbeskrivning <small>(Stryk de alternativ som inte gäller)</small>	Avfalls-kod	Typ av kollin	Volym/L på kolli	Antal kollin	Bruttovikt	Värde* (max 1000)
Farligt avfall			Volym på kollin = 10L, 30L eller 60L			
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			Antal kollin= Hur många lådor.		
UN	18 01 06					
	18 01 06			Bruttovikt= Vad väger lådorna? Kan ni inte väga, uppskatta på ett ungefär		
Separat blankett						
Biologiskt avfall	18 01 02	Plastlåda				
Totalt värde:				Räkna ner totala antalet + vikten		

*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 PRODUKT 2 EXTRA STOPP