

Додаток 6
до Державних санітарно-
протиепідемічних
правил і норм щодо поводження з
медичними відходами
(пункти 2 Розділу X)

АКТ

передавання відходів № _____ від ____ / _____ / _____ року

Назва закладу охорони здоров'я / код за ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків*: _____ /

Юридична _____ адреса _____ закладу _____ охорони _____ здоров'я: _____

Адреса _____ місця _____ передавання _____ відходів _____ (не заповнюється, якщо співпадає з юридичною адресою): _____

Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) та контактний номер телефону відповідальної особи закладу охорони здоров'я за поводження з відходами: _____

*фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган, надають серію та номер паспорту.

Назва суб'єкта господарювання, якому передаються відходи / код за ЄДРПОУ: _____ /

Юридична _____ адреса _____ суб'єкта _____ господарювання, _____ якому _____ передаються _____ відходи: _____

| Вид відходів ¹ | Відомості щодо проведеного оброблення / знешкодження / нейтралізації ² | Обсяг відходів, кг/л ³ | Вид ємності ⁴ |
|---------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

¹зазначити вид відходів: медичні відходи категорії В, медичні відходи категорії В (органічні відходи хворих: тканини, органи, плацента тощо), медичні відходи категорії В (гострі предмети), медичні відходи категорії С.

²зазначити дату проведення знешкодження/нейтралізації, метод знешкодження/нейтралізації, відповідальну особу, яка проводила знешкодження/нейтралізацію.

³вказати вагу відходів в кілограмах (кг) або об'єм відходів в літрах (л).

⁴вказати вид ємності, в якій відходи передаються (наприклад, пластиковий одноразовий непроникний контейнер).

Відповідальна особа закладу за поводження з відходами:

відходи:**

_____/_____
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) Підпис

Представник суб'єкта господарювання, якому передані

_____/_____
Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) Підпис

**не заповнюється для сповіщення шляхом електронної комунікації (телекомунікації) територіального представництва Державної екологічної інспекції України, відповідно до адміністративно-територіальної належності.
