



Sol·licitud del llibre de control de residus sanitaris

Dades del centre generador

Nom del centre

NIF

Núm. de productor de residus sanitaris

Adreça

Municipi

Codi postal

Telèfon

Nom del gerent o director mèdic

Nom del responsable dels residus sanitaris

Activitat sanitària

Dades del transport

Nom de l'empresa

Núm. de fitxa d'acceptació

Dades del tractador

Nom de l'empresa

Dades del subministrador de les bosses i/o recipients

Nom de l'empresa subministradora de bosses (grup II)

Nom de l'empresa subministradora de recipients (grup III i citostàtics)

Dades de la persona que recull el llibre

Nom

DNI

Signatura del gerent o director mèdic

Segell del centre

Data
