



ZWROT PUSTYCH OPAKOWAŃ
DO ODZYSKU LUB UNIESZKODLIWIENIA

Dane dotyczące dostawcy pustych opakowań

Nazwa firmy:	Tel.
	Faks
NIP	Dane osoby do kontaktu
Adres	

Lp.	NAZWA OPAKOWANIA ORAZ PO JAKIEJ JEST SUBSTANCJI	Wielkość opakowania	Klasa ADR	Ilość sztuk	Opakowanie zwrotne (TAK/NIE)	Kaucja (tak/nie)	Numer FAKTURY (dotyczy opakowań kaucjonowanych)
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Podpis Wystawiającego :

Imię i nazwisko

data i podpis

Przyjmujący :

Imię i nazwisko

data i podpis