Додаток 6  
до Державних санітарно-протиепідемічних   
правил і норм щодо поводження   
з медичними відходами  
(пункти 2, 3 розділу X)

### АКТ передавання відходів

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ від \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ року**

|  |
| --- |
| **Найменування закладу охорони здоров'я / код за ЄДРПОУ або реєстраційний номер облікової картки платника податків\*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Місцезнаходження закладу охорони здоров'я: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Адреса місця передавання відходів** (не заповнюється, якщо співпадає з місцезнаходженням)**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **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 (за наявності) та номер паспорта.  **Найменування юридичної особи / прізвище ім'я, по батькові (за наявності) фізичної особи - підприємця / код за ЄДРПОУ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Місцезнаходження суб'єкта господарювання, якому передаються відходи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** **з/п** | **Вид відходів1** | **Відомості щодо проведеного оброблення/знешкодження/нейтралізації2** | **Обсяг відходів, кг** | **Вид ємності4** |
| 1 | 1. |  |  |  |
| 2 | 2. |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1 зазначити вид відходів: медичні відходи категорії B, медичні відходи категорії B (органні відходи хворих: тканини, органи, плацента тощо), медичні відходи категорії B (гострі предмети), медичні відходи категорії C.  2 зазначити дату проведення знешкодження/нейтралізації, метод знешкодження/нейтралізації, відповідальну особу, яка проводила знешкодження/нейтралізацію.  3 зазначити вагу відходів в кілограмах (кг).  4 зазначити вид ємності, в якій відходи передаються (наприклад, пластиковий одноразовий непроникний контейнер). | |
| **Відповідальна особа закладу за поводження з відходами:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) (підпис) | **Представник суб'єкта господарювання, якому передані відходи\*\*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  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. | |