

159 888 5A



232780003061



# Facture

## SARL GCME

33 bis rue Auguste Buisson  
92250 La Garenne Colombes  
Tél : 0147303183  
Site web : gcme.fr  
Email : megcme@orange.fr

CLINIQUE DU VAL D'OR  
CHEZ TAKE A WASTE  
24 RUE DE CLICHY  
75009 PARIS 09

Numéro	Date	Code client	Date d'échéance	Mode de règlement
FC76575	31/08/2023	TAKE	31/08/2023	VIREMENT 60 JOURS FIN MOIS

Référence : COLLECTE ET INCINERATION DASRI DE AOUT 2023

Code	Description	Qté	P.U. HT	Montant HT	TVA
CIE	TRAITEMENT PAR INCINERATION DECHETS DASRI	1,9890	530,400	1 054,97	20,00
GRV 770L	LOCATION GRV 770L	6,000	0,000	0,00	20,00

### Récapitulatif des échéances :

Date d'échéance	Mode de paiement	Montant de l'échéance	Solde dû
31/08/2023	VIREMENT 60 JOURS FIN MOIS	1 265,96 €	1 265,96 €

En cas de retard de paiement, une pénalité égale à 10 fois le taux d'intérêt légal, sera facturée

La créance relative à la présente facture a été cédée à ABN AMRO dans le cadre des articles L313-23 à L313-35 du code Monétaire et Financier.

Le paiement doit être effectué par chèque, traite, billets établis à l'ordre de ABN AMRO, 39 rue Anatole France 92532 LEVALLOIS Cédex,

tél : 01 41 49 93 93, fax : 01 47 48 93 60 ou par virement au compte : FR54 3078 8009 0020 4824 LR00 A16 NSMBFRPPXXX  
chez : Neuflyze OBC Entreprises.

Taux	Base HT	Montant TVA
20,00	1 054,97	210,99

Total HT	1 054,97
Port HT	0,00
Total HT Net	1 054,97
Total TVA	210,99
Total TTC	1 265,96
Net à payer	1 265,96 €

CLINIQUE DU VAL D'OR

août-23

	770 L	poids	50 L	60 L	30 L	25 L	LIVRAISON
1	1	133	1	1			
2	1	87	1				
3							
4	1	111	3				
5							
6							
7	1	124	1	1			
8	1	93	1				
9	1	78					
10	1	83					
11	1	102	2				
12							
13							
14	1	84					
15	1	109	2				
16	1	91					
17	1	76					
18	1	127	1	1			
19							
20							
21	1	82					
22	1	79					
23	1	224	7	3			
24	1	109	2				
25	-	18	2				
26							
27							
28							
29	1	93					
30	1	86					
31							
	<b>19</b>	<b>1 989</b>	<b>23</b>	<b>6</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	



BORDEREAU de SUIVI

Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4 Arrêté du 7 septembre 1999 Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

Main form containing sections for 'Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)', 'Collecteur / Transporteur', and 'Installation destinataire'. Includes fields for identification, quantities, dates, and signatures.

1950

1950

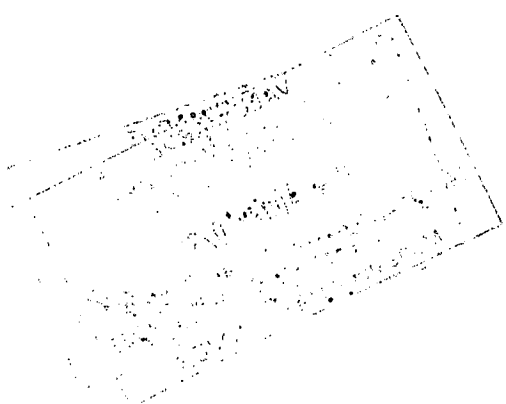
1950

1950

1950

1950

1950





# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets  
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>	
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>	
Identification des déchets au titre de l'ADR	
Code -nomenclature des déchets	
Nom ou dénomination - Adresse	
Designation des conditionnements	
Capacité (l)res	
Nombre	
Quantité de déchets remis (en kg)	
Quantité de déchets remis (en L) :	
Date de remise au collecteur/transporteur	
N° Responsable : Mlle FILIBERTI	
Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Téléphone	
Fax ou mél	
SIRET : 432 067 013 00020	
<b>Collecteur / Transporteur</b>	
Refus de prise en charge :	
Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse	
Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
Designation des conditionnements transportés	
Capacité (litres)	
Nombre	
N° SIRET	
Quantité de déchets transportés (kg)	
Quantité de déchets transportés (L) :	
Date de remise à l'installation destinataire	
Téléphone	
Fax ou mél	
SIRET : 499 232 098 00024	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Nom et signature	
<b>Installation destinataire</b>	
Designation des conditionnements acceptés	
Capacité (litres)	
Nombre	
Nom ou dénomination - Adresse	
Cachet	
Quantité de déchets acceptés : 93 kg	
Date de prise en charge	
N° SIRET	
Opération (code du traitement)	
Date de l'opération	
Téléphone	
Fax ou mél	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Refus de prise en charge	
Date du refus de prise en charge	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :	

VALEO MARNE  
 08 AOUT 2023  
 Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83  
 Monsieur CHARBONNIER

Ch. 10 of the Handbook

Section 10.1 (10.1.1)

Section 10.2 (10.2.1)

Section 10.3 (10.3.1)

Section 10.4 (10.4.1)

Section 10.5 (10.5.1)

Section 10.6 (10.6.1)



# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets  
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>			
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>		Identification des déchets au titre de l'ADR	
Nom ou dénomination - Adresse		Code -nomenclature des déchets	
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Cachet		UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifié, N.S.A., 6.2, 11	
		180103*	
		Quantité de déchets remis (en kg) <input type="checkbox"/> Réelle : .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	
Responsable : Mlle FILIBERTI		Date de remise au collecteur/transporteur	
N° SIRET		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
SIRET Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge :	
Nom ou dénomination - Adresse		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	
GCME		Date du refus de prise en charge	
33bis rue Auguste Buisson		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
Recepsse n° 02250 La Garenne Colombes		Désignation des conditionnements transportés	
Responsable : Mme GIOARA		Capacité (litres)	
N° SIRET		Nombre	
Quantité de déchets transportés (kg)		78	
<input type="checkbox"/> Réelle : 78 .....kg <input type="checkbox"/> Estimée		Quantité de déchets transportés (L) : .....	
Date de remise à l'installation destinataire		09/08/2023	
SIRET		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
499 232 098 00024		Nom et signature	
<b>Installation destinataire</b>		Désignation des conditionnements acceptés	
01 47 30 31 83 dcme@orange.fr		Capacité (litres)	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre	
Cachet		Quantité de déchets acceptés : 78 .....kg	
N° SIRET		Date de prise en charge	
Centre D'incinération		Opération (code du traitement)	
N° SIRET		<input type="checkbox"/> Incinération (D10)	
N° SIRET		<input checked="" type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique (R1)	
N° SIRET		<input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D9)	
N° SIRET		Date de l'opération	
N° SIRET		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
N° SIRET		Nom et signature de l'exploitant	
N° SIRET		Date de l'opération	
N° SIRET		Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :	
N° SIRET		Refus de prise en charge	
N° SIRET		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiel	
N° SIRET		Date du refus de prise en charge	

**VALO MARNE**  
09 AOUT 2023  
Tél. : 01.48.96.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83  
SIRET : 833 82 71 11  
Monsieur CHARBONNIER





# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets  
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>			
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>		Identification des déchets au titre de l'ADR	
UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifiés NSA 62.11		Code -nomenclature des déchets	
Nom ou dénomination - Adresse		Capacité (litres)	
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mlle F. ELBERTI		770 1	
N° SIRET : 47.11.77.11		Quantité de déchets remis (en L) :	
Téléphone : 01 47 11 77 11		Quantité de déchets remis (en kg) :	
Fax ou mél		Réelle : .....kg    Estimée	
SIRET : 432 087 013 00020		Date de remise au collecteur/transporteur	
N° SIRET		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Téléphone		Date du refus de prise en charge	
Fax ou mél		Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	
SIRET : 432 087 013 00020		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombe		Désignation des conditionnements transportés	
Responsable : M. M. TOARA		Capacité (litres)	
Limite de validité		Nombre	
N° SIRET		Quantité de déchets transportés (kg)	
SIRET : 499 232 098 00024		Réelle : 83 .....kg    Estimée	
Téléphone		Quantité de déchets transportés (L) :	
Fax ou mél		Date de remise à l'installation destinataire	
SIRET : 499 232 098 00024		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Téléphone		Nom et signature	
Fax ou mél		Désignation des conditionnements acceptés	
SIRET		Capacité (litres)	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre	
Cachet		Quantité de déchets acceptés : 83 .....kg	
N° SIRET		Date de prise en charge	
Téléphone		Opération (code du traitement)	
Fax ou mél		Date de l'opération	
SIRET		Incinération (D10)	
Nom ou dénomination - Adresse		Incinération + valorisation énergétique (R1)	
Cachet		Prétraitement par désinfection (D9)	
N° SIRET		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Téléphone		Nom et signature de l'exploitant	
Fax ou mél		Date de prise en charge	
SIRET		Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :	
Refus de prise en charge		VALO MARNE	
Date du refus de prise en charge		10 AOUT 2023	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		Tél : 01 48 96 55 11 - Fax : 01 48 96 48 83	





# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets  
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>			
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>		Identification des déchets au titre de l'ADR UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifié, N.S.A., 6.2, 11	
Code -nomenclature des déchets 1 8 0 1 0 3 * <input type="checkbox"/>			
Nom ou dénomination - Adresse  Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mle FILIBERTI 01.47.11.77.11      Cachet		Désignation des conditionnements remis	Capacité (litres)      Nombre 470      1 50 <sup>litres</sup> 2
Quantité de déchets remis (en kg) <input type="checkbox"/> Réelle : .....kg <input type="checkbox"/> Estimée		Quantité de déchets remis (en L) : ..... L	
Date de remise au collecteur/transporteur		11   08   2023	
N° SIRET SIRET : 432 087 013 00020 Téléphone      Fax ou mél		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
<b>Collecteur / Transporteur</b>		Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	
Nom ou dénomination - Adresse  GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : Mme CIOARA Cachet		Date du refus de prise en charge .....	
Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :		Désignation des conditionnements transportés	
Récépissé n°      Département      Limite de validité		Capacité (litres)      Nombre 470      1 50 <sup>litres</sup> 2	
N° SIRET SIRET : 499 232 098 00024		Quantité de déchets transportés (kg) <input type="checkbox"/> Réelle : 102 .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	
Téléphone      Fax ou mél 01.47.30.31.83    gcme@orange.fr		Quantité de déchets transportés (L) : ..... L	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Date de remise à l'installation destinataire 11   08   2023	
Nom et signature			
<b>Installation destinataire</b>		Désignation des conditionnements acceptés	
Nom ou dénomination - Adresse  Centre D'incinération Cachet		Capacité (litres)      Nombre	
N° SIRET		Quantité de déchets acceptés 102 .....kg	
Téléphone      Fax ou mél		Date de prise en charge .....	
Opération (code du traitement) <input type="checkbox"/> Incinération (D0) <input checked="" type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique <input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D001)		Date de l'opération .....	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Nom et signature de l'exploitant	
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiel		Date du refus de prise en charge .....	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :			

VALO'MARNE  
10/11, rue des Malfourches  
94034 CRETEIL Cedex  
01.48.58.88.33 Fax : 01.48.58.88.33  
01.48.58.88.33 Fax : 01.48.58.88.33  
Monsieur CHARBONNIER



1950  
1951  
1952  
1953  
1954  
1955  
1956  
1957  
1958  
1959  
1960

1961  
1962  
1963  
1964  
1965  
1966  
1967  
1968  
1969  
1970  
1971  
1972  
1973  
1974  
1975  
1976  
1977  
1978  
1979  
1980

1981  
1982  
1983  
1984  
1985  
1986  
1987  
1988  
1989  
1990



# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>		UN 3291 Déchets d'hôpital non <b>180103*</b>	
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>		Code-nomenclature des déchets	
Nom ou dénomination - Adresse <b>Clinique du Val d'Or</b> 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mle FILIBERTI 01.47.11.77.11		Désignation des conditionnements remis Capacité (litres) <b>770</b> Nombre <b>1</b>	
Cachet		Date de remise au collecteur/transporteur <b>14 08 2023</b>	
N° SIRET : 432 087 013 00020		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Téléphone		Fax ou mél	
<b>Collecteur / Transporteur</b>		Refus de prise en charge :	
<b>GCME</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	
Nom ou dénomination - Adresse 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : Mme CIOARA		Date du refus de prise en charge	
Cachet		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
Récépissé n°		Désignation des conditionnements transportés	
Département		Capacité (litres) <b>770</b>	
Limite de validité		Nombre <b>1</b>	
N° SIRET : 499 232 098 00024		Quantité de déchets transportés (kg)	
		<input type="checkbox"/> Réelle : <b>86</b> .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	
		Quantité de déchets transportés (L) : ..... L	
Téléphone		Date de remise à l'installation destinataire <b>14 08 2023</b>	
Fax ou mél		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
01.47.30.91.83 gcme@orange.fr		Nom et signature	
<b>Installation destinataire</b>		Désignation des conditionnements acceptés	
Nom ou dénomination - Adresse <b>Centre D'incinération</b>		Capacité (litres)	
Cachet		Nombre	
N° SIRET		Quantité de déchets acceptés : <b>86</b> .....kg	
Téléphone		Date de prise en charge	
Fax ou mél		Opération (code du traitement)	
Refus de prise en charge		<input type="checkbox"/> Incinération (D10)	
Date du refus de prise en charge		<input checked="" type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique (D11)	
		<input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D9)	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		Date de l'opération <b>14 AOÛT 2023</b>	
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
		Nom et signature de l'exploitant	

**VALO'MARNE**  
10/11, rue des Malfourches  
92000 PUTEAUX Cedex  
SIRET : 833 921 232 00017  
Monsieur CHARBONNIER

WISCONSIN DEPARTMENT OF  
NATURAL RESOURCES  
1000 COMMERCE STREET  
MADISON, WISCONSIN 53703  
TEL: 608/261-3000  
WWW.DNR.WISCONSIN.GOV

Conservation Department

Conservation Department

Conservation Department

Conservation Department  
Conservation Department  
Conservation Department  
Conservation Department

Conservation Department

Conservation Department  
Conservation Department  
Conservation Department  
Conservation Department  
Conservation Department

Conservation Department



# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>	
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>	
Identification des déchets au titre de l'ADR UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifique NSA 62 11	Code -nomenclature des déchets 1 8 0 1 0 3 *         □
Nom ou dénomination - Adresse Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : M <sup>me</sup> LIBERTI	Designation des conditionnements remis Capacité (litres) 50 <sup>l</sup>   2
Quantité de déchets remis (en kg) <input type="checkbox"/> Réelle : .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	Quantité de déchets remis (en L) : ..... L
Date de remise au collecteur/transporteur 15   08   2023	
N° SIRET 01 47 11 77 11	Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)
Téléphone SIRET : 432 087 013 00020	
<b>Collecteur / Transporteur</b>	
Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	Date du refus de prise en charge 
Nom ou dénomination - Adresse GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : M <sup>me</sup> GARA	Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :
Designation des conditionnements transportés	Capacité (litres) 50 <sup>l</sup>   2
Quantité de déchets transportés (kg) <input type="checkbox"/> Réelle : 109 .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	Quantité de déchets transportés (L) : ..... L
Date de remise à l'installation destinataire 15   08   2023	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	Nom et signature
<b>Installation destinataire</b>	
Designation des conditionnements acceptés	Capacité (litres) 
Quantité de déchets acceptés 109 .....kg	Date de prise en charge 
Opération (code du traitement) <input type="checkbox"/> Incinération (D10) <input checked="" type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique (D9) <input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D9)	Date de l'opération 
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	Nom et signature de l'exploitant
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiel	Date du refus de prise en charge 
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :	

VALO MARNE  
11, rue des Malfourches  
94034 CRETEIL Cedex  
15 AOUT 2023  
Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.45.83  
SIRET : 833 921 232 00017  
Monsieur CHARBONNIER

SHIRAZI QAVI  
KAZEM SOLEIMANOVICH  
1902 JAN 21  
MOSCOW, RUSSIA  
MOSCOW, RUSSIA  
MOSCOW, RUSSIA

1902 JAN 21

1902 JAN 21

1902 JAN 21

1902 JAN 21

1902 JAN 21

1902 JAN 21

1902 JAN 21



# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>			
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>		Identification des déchets au titre de l'ADR UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifié, N.S.A., 6.2, 11	
Code -nomenclature des déchets: 180103*			
Nom ou dénomination - Adresse		Désignation des conditionnements remis	
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mle FILIBERTI 01.47.11.77.11 Cachet		Capacité (litres) 1700 Nombre 1	
N° SIRET		Quantité de déchets remis (en kg)	
SIRET : 432 087 013 00020		<input type="checkbox"/> Réelle : .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	
Date de remise au collecteur/transporteur 16/08/2023		Quantité de déchets remis (en L) : ..... L	
Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Date de remise à l'installation destinataire 16/08/2023	
<b>Collecteur / Transporteur</b>		Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	
Date du refus de prise en charge		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
Nom ou dénomination - Adresse		Désignation des conditionnements transportés	
GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : Mme CIOARA Cachet		Capacité (litres) 1700 Nombre 1	
Récépissé n°		Département	
N° SIRET		Quantité de déchets transportés (kg)	
SIRET : 499 232 098 00024		<input type="checkbox"/> Réelle : 9,1 .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	
Date de remise à l'installation destinataire 16/08/2023		Quantité de déchets transportés (L) : ..... L	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Nom et signature	
Téléphone 01.47.30.31.83		Fax ou mél gome@orange.fr	
<b>Installation destinataire</b>			
Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre	
Centre D'incinération Cachet		Quantité de déchets acceptés : 9,1 .....kg	
Date de prise en charge		Opération (code du traitement)	
N° SIRET		<input type="checkbox"/> Incinération (D10)	
Téléphone		<input checked="" type="checkbox"/> Incinération + valorisation (MURMARE)	
Fax ou mél		<input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D9) Malfourches	
Date de l'opération		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Refus de prise en charge		16 AOÛT 2023	
<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiel		Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83	
Date du refus de prise en charge		SIRET : 633 921 232 00017	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		Monsieur CHARBONNIER	
		Nom et signature de l'exploitant	

STAMPED AREA  
MAY 1961  
MAY 1961  
MAY 1961

...

...

...

...

...

...

...



# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets  
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>			
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>		Identification des déchets au titre de l'ADR	
Nom ou dénomination - Adresse		Code -nomenclature des déchets	
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mlle <sup>Cachet</sup> FILIBERTI		UN 3291 Déchets d'hôpital non dangereux et non traités remis 180103*	
N° SIRET 01.47.11.77.11		Capacité (litres)	
Téléphone SIRET : 432 087 013 00020		Nombre 1	
Fax ou mél		Quantité de déchets remis (en kg)	
		<input type="checkbox"/> Réelle .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	
		Quantité de déchets remis (en L) : ..... L	
		Date de remise au collecteur/transporteur 17 08 2023	
Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
<b>Collecteur / Transporteur</b>		Refus de prise en charge :	
Nom ou dénomination - Adresse		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	
GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne-Colombes Responsable : Mme UOAKA		Date du refus de prise en charge	
N° SIRET		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
SIRET : 499 232 098 00024		Désignation des conditionnements transportés	
Téléphone		Capacité (litres)	
Fax ou mél		Nombre	
01.47.30.31.83 gcm@orange.fr		770	
<b>Installation destinataire</b>		76	
Nom ou dénomination - Adresse		Quantité de déchets transportés (kg)	
Centre D'incinération		<input type="checkbox"/> Réelle : 76 .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	
N° SIRET		Quantité de déchets transportés (L) : ..... L	
Téléphone		Date de remise à l'installation destinataire 17 08 2023	
Fax ou mél		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
01.47.30.31.83 gcm@orange.fr		Nom et signature	
<b>Installation destinataire</b>		Désignation des conditionnements acceptés	
Nom ou dénomination - Adresse		Capacité (litres)	
Centre D'incinération		Nombre	
N° SIRET		Quantité de déchets acceptés : 76 .....kg	
Téléphone		Date de prise en charge	
Fax ou mél		Opération (code du traitement)	
01.47.30.31.83 gcm@orange.fr		<input type="checkbox"/> Incinération (D10)	
Refus de prise en charge		<input type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique (R1)	
<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiel		<input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D9)	
Date du refus de prise en charge		Date de l'opération	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
		VALO-MARNE 10/11, rue des Malfourches 92000 CRETEIL Cedex 17 AOUT 2023 Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83 SIRET : 833 921 232 00017 Nom et signature CHARBONNIER	





BORDEREAU de SUIVI

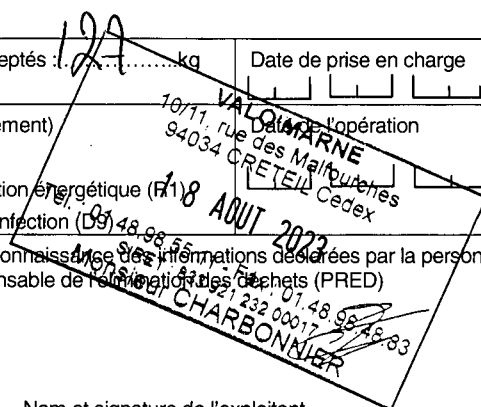
Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4 Arrêté du 7 septembre 1999 Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

Main form containing sections for 'Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)', 'Collecteur / Transporteur', and 'Installation destinataire'. Includes fields for identification, quantities, dates, and signatures.





10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10



# BORDEREAU de SUIVI

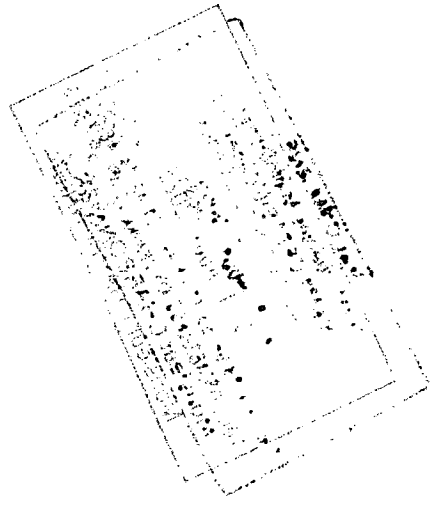
## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets  
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>				
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>		Identification des déchets au titre de l'ADR UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifié, N.S.A., 6.2, 11	Code -nomenclature des déchets 1 8 0 1 0 3 * <input type="checkbox"/>	
Nom ou dénomination - Adresse  Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mlle FILIBERTI 01.47.11.77.11 Cachet		Désignation des conditionnements remis	Capacité (litres) 750	Nombre 1
N° SIRET SIRET : 432 087 013 060 24		Quantité de déchets remis (en kg) <input type="checkbox"/> Réelle : .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	Quantité de déchets remis (en L) : ..... L	
		Date de remise au collecteur/transporteur	21 08 2023	
		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		
<b>Collecteur / Transporteur</b>		Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse  GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : Mme CIARA Cachet		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :		
Récépissé n°		Département	Limite de validité	
N° SIRET SIRET : 499 232 098 000 24		Quantité de déchets transportés (kg) <input type="checkbox"/> Réelle : 82 .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	Quantité de déchets transportés (L) : ..... L	
Téléphone 01 47 30 31 83		Date de remise à l'installation destinataire 21 08 2023		
Fax ou mél lgdme@orange.fr		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		
		Nom et signature		
<b>Installation destinataire</b>		Désignation des conditionnements acceptés	Capacité (litres)	Nombre
Nom ou dénomination - Adresse  Centre D'incinération Cachet		Quantité de déchets acceptés : 82 .....kg		
N° SIRET		Date de prise en charge		
Opération (code du traitement) <input type="checkbox"/> Incinération (D10) <input checked="" type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique (R1) <input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D9)		Date de l'opération		
Téléphone		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		
Fax ou mél		Nom et signature de l'exploitant		
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiel		Date du refus de prise en charge		
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		VALOIS MARNE 10/11, rue des Malfourches 91034 CRETEIL Cedex Tél : 01 47 30 31 83 SIRET : 633 821 232 000 17 Monsieur CHARBONNIER		



1914

1914

1914

1914

1914

1914



10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10

10/10/10



# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets  
Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>			
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>		Identification des déchets au titre de l'ADR UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifié, N.S.A., 6.2, 11	Code -nomenclature des déchets 1 8 0 1 0 3 * <input type="checkbox"/>
Nom ou dénomination - Adresse  Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : M <sup>lle</sup> FILIBERTI 01.47.11.77.11      Cachet		Désignation des conditionnements remis  60 <sup>l</sup> (F) x 2      50 <sup>l</sup> (C) x 3	Capacité (litres)      Nombre 770      1 50 <sup>l</sup> (C)      3
N° SIRET		Quantité de déchets remis (en kg) <input type="checkbox"/> Réelle : .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	Quantité de déchets remis (en L) : ..... L
SIRET : 432 087 013 00020		Date de remise au collecteur/transporteur      23   08   2023	
Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
<b>Collecteur / Transporteur</b>		Refus de prise en charge : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel	Date du refus de prise en charge
Nom ou dénomination - Adresse  GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : M <sup>me</sup> GIOARA Cachet		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
Récépissé n°      Département      Limite de validité		Désignation des conditionnements transportés	Capacité (litres)      Nombre
N° SIRET		Quantité de déchets transportés (kg) <input type="checkbox"/> Réelle : .....kg <input type="checkbox"/> Estimée	Quantité de déchets transportés (L) : ..... L
SIRET : 499 232 098 00024		Date de remise à l'installation destinataire      23   08   2023	
Téléphone	Fax ou mél	J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
01.47.30.31.83	gcme@orange.fr	Nom et signature	
<b>Installation destinataire</b>		Désignation des conditionnements acceptés	Capacité (litres)      Nombre
Nom ou dénomination - Adresse  Centre D'incinération Cachet		Date de prise en charge	
N° SIRET		Opération (code du traitement) <input type="checkbox"/> Incinération (D10) <input checked="" type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique <input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection	Date de l'opération
SIRET : 01.48.84.139		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Téléphone	Fax ou mél	Nom et signature de l'exploitant	
Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiel		Date du refus de prise en charge	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :			

226  
VALO MARNE  
10/11, rue des Mailloches  
94034 CRETEIL Cedex  
23 | 08 | 2023  
M<sup>me</sup> GIOARA  
SIRET : 499 232 098 00024  
M<sup>me</sup> CARBONNIER

2022-01-PF 012 792



1955-1956

1955-1956

1955-1956

1955-1956

1955-1956

1955-1956

1955-1956



BORDEREAU de SUIVI

Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4 Arrêté du 7 septembre 1999 Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

Main form containing sections for 'Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)', 'Collecteur / Transporteur', and 'Installation destinataire'. Includes fields for identification, quantities, dates, and signatures.

2022-01-PF 012 792

1870-1871

1872-1873

1874-1875

1876-1877

1878-1879

1880-1881

1882-1883



BORDEREAU de SUIVI

Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

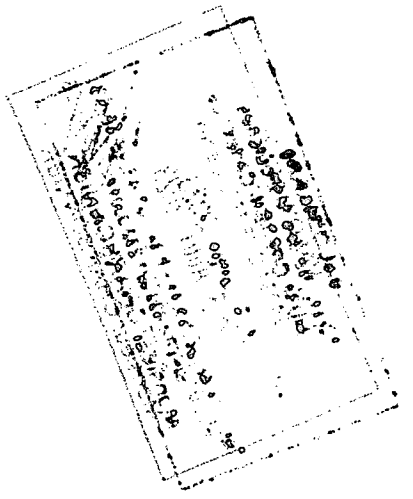
Code de la Santé publique art. R 1335-4 Arrêté du 7 septembre 1999 Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

Main form structure with sections: Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED), Collecteur / Transporteur, Installation destinataire. Includes fields for identification, quantities, dates, and signatures.

2022-01-PF 012 792



1876-1877

1878-1879

1880-1881

1882-1883  
1884-1885  
1886-1887  
1888-1889  
1890-1891

1892-1893

1894-1895  
1896-1897  
1898-1899  
1900-1901  
1902-1903

1904-1905  
1906-1907  
1908-1909  
1910-1911  
1912-1913  
1914-1915  
1916-1917  
1918-1919  
1920-1921  
1922-1923  
1924-1925  
1926-1927  
1928-1929  
1930-1931  
1932-1933  
1934-1935  
1936-1937  
1938-1939  
1940-1941  
1942-1943  
1944-1945  
1946-1947  
1948-1949  
1950-1951  
1952-1953  
1954-1955  
1956-1957  
1958-1959  
1960-1961  
1962-1963  
1964-1965  
1966-1967  
1968-1969  
1970-1971  
1972-1973  
1974-1975  
1976-1977  
1978-1979  
1980-1981  
1982-1983  
1984-1985  
1986-1987  
1988-1989  
1990-1991  
1992-1993  
1994-1995  
1996-1997  
1998-1999  
2000-2001  
2002-2003  
2004-2005  
2006-2007  
2008-2009  
2010-2011  
2012-2013  
2014-2015  
2016-2017  
2018-2019  
2020-2021  
2022-2023  
2024-2025



BORDEREAU de SUIVI

Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4 Arrêté du 7 septembre 1999 Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

Form with sections: Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED), Collecteur / Transporteur, Installation destinataire. Includes fields for identification, quantities, dates, and signatures.

VALO MARNE 93...10111, rue des Malfourches 94034 CRETEIL Cedex Date de prise en charge 29 AOÛT 2023 Monsieur CHARBONNIER

2022-01-PF 012 792





# BORDEREAU de SUIVI

## Bordereau de suivi des déchets d'activités de soins à risques infectieux

Code de la Santé publique art. R 1335-4  
Arrêté du 7 septembre 1999  
Arrêté du 29 mai 2009

La personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) conserve le feuillet n°4 après remise des déchets

Le collecteur / transporteur conserve le feuillet n°3 après remise des déchets

L'exploitant de l'installation destinataire renvoie le feuillet n°1 à la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) et conserve le feuillet n°2

<b>Bordereau n°</b>							
<b>Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)</b>		Identification des déchets au titre de l'ADR		Code -nomenclature des déchets			
Nom ou dénomination - Adresse		Désignation des conditionnements remis		Capacité (litres)		Nombre	
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur		UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifié, N.S.A., 6.2, 11		740 80103*		1	
Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :					
<input type="checkbox"/> Réelle .....kg <input type="checkbox"/> Estimée		..... L					
Date de remise au collecteur/transporteur							
30 08 2023							
N° SIRET		Nom et signature		de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
92210 SAINT-CLOUD							
Responsable : Mlle FILIBERTI							
Téléphone		Fax ou mél					
01.47.11.77.11							
<b>Collecteur / Transporteur</b>		Refus de prise en charge :		Date du refus de prise en charge			
SIRET : 432 087 013 00020		<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Partiel					
Nom ou dénomination - Adresse		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :					
GCME							
33bis rue Auguste Buisson							
92250 La Garenne Colombes							
Responsable : Mme CIOARA							
Quantité de déchets transportés (kg)		Quantité de déchets transportés (L) :					
<input type="checkbox"/> Réelle : 86 .....kg <input type="checkbox"/> Estimée		..... L					
Date de remise à l'installation destinataire							
30 08 2023							
Téléphone		Fax ou mél		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
SIRET : 499 232 098 00024							
				Nom et signature			
<b>Installation destinataire</b>		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)		Nombre	
01.47.30.31.83 gome@orange.fr							
Cachet		Quantité de déchets acceptés : .....kg					
N° SIRET		Opération (code du traitement)		Date de l'opération			
Centre D'incinération		<input type="checkbox"/> Incinération (D10) <input checked="" type="checkbox"/> Incinération + valorisation énergétique (D11) <input type="checkbox"/> Prétraitement par désinfection (D9)		10/11 14 JUIN 2023			
Téléphone		Fax ou mél		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Refus de prise en charge		Date du refus de prise en charge					
<input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> partiel							
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :				Nom et signature de l'exploitant			

VALO MARNE  
10/11 rue des Marchés  
92250 La Garenne Colombes  
Tél. : 01.48.98.55.11  
SIRET : 499 232 00017  
Monsieur CHARBONNIER

2023-03-PF 012 792

