

N° : FC76529
Date : 31/07/2023
N° client : CLT001

GCME ENVIRONNEMENT

33 Bis Rue Auguste BUISSON
92250 - LA GARENNE COLOMBES
France

TAKE A WASTE CLINIQUE DU VAL D'OR

24 RUE DE CLICHY
75009 PARIS 9

Réf. : COLLECTE ET INCINERATION DASRI DE JUILLET 2023

Libellé	Qté	PU HT	Montant HT	TVA
ART011 -CIE Traitement par Incinération Déchets DASRI	3,84	530,40 €	2 037,80 €	20,00%
ART034 -GRV 770L LOCATION GRV 770L	6,00	0,00 €	0,00 €	20,00%

La créance relative à la présente facture a été cédée à ABM AMRO dans le cadre des articles L313-35 du code monétaire et financier.

Le paiement doit être effectué par chèque, traite, billet établis à l'ordre de l'ABN AMRO, 39 rue Anatole France 92532 LEVALLOIS Cedex. Tel 01 41 49 93 93, ou par virement au compte n° FR54 3078 8009 0020 4824 LR00 A16 NSMBFRPPXXX chez Neufilze OCB Entreprises.

Détail de la TVA

Code	Base HT	Taux	Montant
Normale	2 037,80 €	20,00%	407,56 €

Total HT 2 037,80 €

TVA 407,56 €

Total TTC 2 445,36 €

Règlement

Virement à 30 jours

Echéance(s)

2 445,36 € au 30/09/2023

Le montant total s'élève à deux mille quatre cent quarante-cinq euros et trente-six centimes

Pas d'escompte pour règlement anticipé. En cas de retard de paiement, une pénalité égale à 3 fois le taux intérêt légal sera exigible (Article L 441-10, alinéa 12 du Code de Commerce).

Pour tout professionnel, en sus des indemnités de retard, toute somme, y compris l'acompte, non payée à sa date d'exigibilité produira de plein droit le paiement d'une indemnité forfaitaire de 40 euros due au titre des frais de recouvrement (Art. 441-6, I al. 12 du code de commerce et D. 441-5 ibidem).

CLINIQUE DU VAL D'OR

juillet-23

	770 L	poids	50 L	60 L	30 L	25 L	LIVRAISON
1							
2							
3	2	327	9	3			
4	1	184	9				
5	2	236	5	1			
6	2	271	7	2			
7	2	260	9				
8							
9							
10	1	124	4				
11	1	208	6	3			
12	2	257	5	2			
13	1	99	2				
14	1	128	4				
15							
16							
17	1	75					
18	1	153	6				
19	1	114	2				
20	1	167	5	1			
21	1	152	4	2			
22							
23							
24	2	291	6	3			
25	1	113	2	1			
26	1	91	2				
27	1	162	4	2			
28	1	197	2	3			
29							
30							
31	2	233	3	1			
	28	3 842	96	24	-	-	



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

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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Identification des déchets au titre de l'ADR spécifié, N.S.A., 6.2, 11		Code nomenclature des déchets 180109	
Nom ou dénomination - Adresse Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mle FILIBERTI 01.47.11.77.11		Désignation des conditionnements remis 60 ^l (F) x 3		Capacité (litres) 770	
Cachet N° SIRET SIRET : 432 087 013 00020		Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée		Nombre 2	
Téléphone 01.47.11.77.11		Date de remise au collecteur/transporteur 03/07/2023		Quantité de déchets remis (en L) : L	
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : Mme CIOARA		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Cachet Récépissé n° Département Limite de validité		Désignation des conditionnements transportés 60 ^l (F) x 3		Capacité (litres) 770	
N° SIRET SIRET : 499 232 098 00024		Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réelle : 327 kg ☐ Estimée		Nombre 2	
Téléphone 01.47.30.31.83		Date de remise à l'installation destinataire 03/07/2023		Quantité de déchets transportés (L) : L	
Fax ou mél gcme@orange.fr		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres) 770	
Nom ou dénomination - Adresse Centre D'incinération		Cachet N° SIRET SIRET : 432 087 013 00020		Nombre 2	
Téléphone 01.47.30.31.83		Quantité de déchets acceptés : 327 kg		Date de prise en charge 03/07/2023	
Fax ou mél gcme@orange.fr		Opération (code du traitement) ☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (D11) ☐ Prétraitement par désinfection (D12)		Date de prise en charge 03/07/2023	
Refus de prise en charge ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		Date du refus de prise en charge		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		Nom et signature de l'exploitant			

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°		Identification des déchets au titre de l'ADR		Code -nomenclature des déchets	
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		UN 3291 Déchets d'hôpital non		1 801 03 *	
Nom ou dénomination - Adresse		Désignation des conditionnements remis		Capacité (litres)	Nombre
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : M. FILIBERTI				770	1
N° SIRET : 47.11.77.11		Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :	
Téléphone : SIRET : 432 087 013 00020		☐ Réellekg ☐ Estimée		50 ^h (9) 9	
		Date de remise au collecteur/transporteur		04 07 2023	
		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge :		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse		☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel			
GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : M. TOARA		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Réception n°		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres)	Nombre
Département				770	1
Limite de validité				50 ^h (9) 9	9
N° SIRET		Quantité de déchets transportés (kg)		Quantité de déchets transportés (L) :	
SIRET : 490 232 098 00024		☐ Réelle 184kg ☐ Estimée		 L	
Téléphone		Date de remise à l'installation destinataire			
Fax ou mél		04 07 2023			
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 gcme@orange.fr					
Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	Nombre
Nom ou dénomination - Adresse					
Centre D'incinération		Quantité de déchets acceptés : 184kg		Date de prise en charge	
N° SIRET		Opération (code du traitement)		Date de l'opération	
Téléphone		☐ Incinération (D10)			
Fax ou mél		☒ Incinération + valorisation énergétique (R1)			
Refus de prise en charge		☐ Prétraitement par désinfection (D9)			
☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		04 JUIL. 2023	
Date du refus de prise en charge		Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83 SIRET : 833 921 232 00017 Nom et signature de l'exploitant	

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Identification des déchets au titre de l'ADR		Code -nomenclature des déchets	
Nom ou dénomination - Adresse		UN 3291 Déchets d'hôpital non Designation des conditionnements remis		Capacité (litres) Nombre	
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD		60 ^{litres} x 1		1770 2 50 ^{litres} 5	
N° SIRET		Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée		Quantité de déchets remis (en L) : L	
01.47.11.77.11		Date de remise au collecteur/transporteur		05/07/2023	
Téléphone		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
SIRET : 432 087 013 00020					
Fax ou mél					
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel		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 Colombes		Designation des conditionnements transportés		Capacité (litres) Nombre	
N° SIRET		Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée		Quantité de déchets transportés (L) : L	
01.47.30.31.83		Date de remise à l'installation destinataire		05/07/2023	
Téléphone		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
01.47.30.31.83		Nom et signature			
Fax ou mél					
Installation destinataire		Designation des conditionnements acceptés		Capacité (litres) Nombre	
Nom ou dénomination - Adresse					
Centre D'incinération		Quantité de déchets acceptés 136kg		Date de prise en charge	
N° SIRET		Opération (code du traitement) ☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (R1) ☐ Prétraitement par désinfection (D9)		Date de l'opération	
01.47.30.31.83		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Téléphone		VALO'MARNE 1011 rue des Malles 93105 Clichy-sous-Bois Cedex			
01.47.30.31.83		05 JUL. 2023			
Fax ou mél		Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83			
Refus de prise en charge ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		Date du refus de prise en charge			
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		Nom et signature de l'exploitant			

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

Bordereau n°		Identification des déchets au titre de l'ADR		Code -nomenclature des déchets	
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		UN 3291 Déchets d'hôpital non		180103*	
Nom ou dénomination - Adresse		Désignation des conditionnements remis		Capacité (litres)	Nombre
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD		60 ^l (F) x 2		140	2
Responsable : Mlle FILIBERTI		Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :	
N° SIRET : 01.47.11.77.11		☐ Réelle :kg ☐ Estimée		50 ^l (C) 7	
Téléphone : SIRET : 432 087 013 00020		Date de remise au collecteur/transporteur		06/07/2023	
Fax ou mél		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge :		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse		☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel			
GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne-Colombes		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Responsable : M. GARA		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres)	Nombre
N° SIRET		60 ^l (F) x 2		140	2
SIRET : 499 232 098 00024		Quantité de déchets transportés (kg)		Quantité de déchets transportés (L) :	
Téléphone : 01.47.30.31.83		☐ Réelle :kg ☐ Estimée		50 ^l (C) 7	
Fax ou mél : gcme@orange.fr		Date de remise à l'installation destinataire		06/07/2023	
Installation destinataire		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Nom et signature	
Nom ou dénomination - Adresse		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	Nombre
Centre D'incinération		271			
N° SIRET		Opération (code du traitement)		Date de prise en charge	
Téléphone		☐ Incinération (D10)			
Fax ou mél		☒ Incinération + valorisation énergétique (R1)			
Refus de prise en charge		☐ Prétraitement par désinfection (D9)		Date de l'opération	
☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Date du refus de prise en charge		Tél. : 01.48.62.48.83		Feuillet n°1	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		94034 CRETEIL Cedex		06 JUL. 2023	



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

Bordereau n°					
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			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	Capacité (litres)	Nombre
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mle FILIBERTI 01.47.11.77.11 Cachet				770	2
				50 ^L (c)	9
N° SIRET			Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réellekg ☐ Estimée	Quantité de déchets remis (en L) : L	
SIRET : 432 087 013 00020			Date de remise au collecteur/transporteur	02 07 2023	
Téléphone			Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		
Fax ou mé					
Collecteur / Transporteur			Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel		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 Colombes Responsable : Mme CIOARA Cachet			Désignation des conditionnements transportés	Capacité (litres)	Nombre
Récépissé n°	Département	Limite de validité		770	2
N° SIRET				50 ^L (c)	9
SIRET : 499 232 098 00024			Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réellekg ☐ Estimée	Quantité de déchets transportés (L) : L	
Téléphone	Fax ou mé	Date de remise à l'installation destinataire			
01.47.30.31.83 gcme@orange.fr		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) Nom et signature			
Installation destinataire			Désignation des conditionnements acceptés	Capacité (litres)	Nombre
Nom ou dénomination - Adresse					
Centre D'incinération Cachet			Quantité de déchets acceptés : 260	Date de prise en charge	
N° SIRET			Opération (code du traitement) ☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (D9) ☐ 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 mé			VALO MARNE 1099, rue des Malfourches 94034 CRETEIL Cedex 07 JUL. 2023 Tél.: 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.63 SIRET : 833 921 232 00017 Monsieur CHARBONNIER Non-Membre du Syndicat des exploitants		
Refus de prise en charge ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel			Date du refus de prise en charge		
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :					

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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		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 92210 SAINT-CLOUD		UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifié N.S.A. 6.2.11		1 770 1	
Cachet		Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :	
N° SIRET		☐ Réelle :kg ☐ Estimée		 L	
Responsable : Mle FILIBERTI		Date de remise au collecteur/transporteur		10 07 2023	
Téléphone		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Fax ou mél					
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge :		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse		☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel			
GCME		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
33bis rue Auguste Buisson		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres) Nombre	
Cachet				1 770 1	
Reçu en n°		Quantité de déchets transportés (kg)		Quantité de déchets transportés (L) :	
Département		☐ Réelle : 226kg ☐ Estimée		 L	
Limite de validité		Date de remise à l'installation destinataire		10 07 2023	
Responsable : Mme CIOARA		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
N° SIRET		Nom et signature			
Téléphone					
Fax ou mél					
Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres) Nombre	
Nom ou dénomination - Adresse					
Cachet		Quantité de déchets acceptés : 124kg		Date de prise en charge	
N° SIRET		Opération (code du traitement)		10 07 2023	
Centre D'incinération		☐ Incinération (D10)			
Téléphone		☒ Incinération + valorisation énergétique (R1)			
Fax ou mél		☐ Prétraitement par désinfection (D9)			
Refus de prise en charge		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		Nom et signature de l'exploitant			
Date du refus de prise en charge					
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :					

BORDÉREAU 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

Bordereau n°		Identification des déchets au titre de l'ADR spécifie, N.S.A., 6.2, 11		Code - nomenclature des déchets 1 8 0 1 0 3	
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Nom ou dénomination - Adresse Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mlle FILIBERTI 01.47.11.77.11		Désignation des conditionnements remis Capacité (litres) Nombre Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée Quantité de déchets remis (en L) : L Date de remise au collecteur/transporteur	
N° SIRET SIRET : 432 087 013 00020		Téléphone Fax ou mél		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Collecteur / Transporteur		Nom ou dénomination - Adresse GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : Mme CIOARA		Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel Date du refus de prise en charge Motif du refus de prise en charge et quantités concernées : Désignation des conditionnements transportés Capacité (litres) Nombre Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée Quantité de déchets transportés (L) : L Date de remise à l'installation destinataire	
Récupéré n°		Département		Limite de validité	
N° SIRET SIRET : 499 232 098 00024		Téléphone 01.47.30.31.83		Fax ou mél gcme@orange.fr	
Installation destinataire		Nom ou dénomination - Adresse Centre D'incinération		Désignation des conditionnements acceptés Capacité (litres) Nombre Quantité de déchets acceptés : Opération (code du traitement) ☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (R) ☐ Prétraitement par désinfection (D9) J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
N° SIRET		Téléphone		Fax ou mél	
Refus de prise en charge ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		Date du refus de prise en charge		Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :	
				Nom et signature de l'exploitant	

BORDÉREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°	
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Identification des déchets au titre de l'ADR	
Code -nomenclature des déchets	
Nom ou dénomination - Adresse	
Désignation des conditionnements remis	
Capacité (litres) * Nombre	
spécifié, N.S.A., 6.2, 11	
Quantité de déchets remis (en kg)	
Quantité de déchets remis (en L) :	
Date de remise au collecteur/transporteur	
Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
SIRET	
Téléphone	
Fax ou mél	
Collecteur / Transporteur	
Refus de prise en charge :	
Date du refus de prise en charge	
Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
Désignation des conditionnements transportés	
Capacité (litres) Nombre	
Nom ou dénomination - Adresse	
Reçu n°	
Département	
Limite de validité	
Responsable : Mme CIOARA	
N° SIRET	
Quantité de déchets transportés (kg)	
Quantité de déchets transportés (L) :	
Date de remise à l'installation destinataire	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Nom et signature	
SIRET	
Téléphone	
Fax ou mél	
Installation destinataire	
Désignation des conditionnements acceptés	
Capacité (litres) Nombre	
Nom ou dénomination - Adresse	
Cachet	
Quantité de déchets acceptés	
Date de prise en charge	
N° SIRET	
Opération (code du traitement)	
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	
Date du refus de prise en charge	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :	

VALO'MARNE
10111 rue des Malfeurches
92250 La Garenne Colombes
12 JUL. 2023
Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83
SIRET : 933 921 232 00017
MONSIEUR CHARBONNIER

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		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 Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : Mlle FILIBERTI 01.47.11.77.11		Désignation des conditionnements remis		Capacité (litres) 1770 50 ^l /l	Nombre 1 2
Cachet		Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée		Quantité de déchets remis (en L) : L	
		Date de remise au collecteur/transporteur		13 07 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)			
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : Mme CIOARA		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Cachet		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres) 1770 50 ^l /l	Nombre 1 2
Récépissé n°	Département	Limite de validité			
N° SIRET SIRET : 499 232 098 00024		Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée		Quantité de déchets transportés (L) : L	
Téléphone 01.47.30.31.83		Fax ou mél gcme@orange.fr		Date de remise à l'installation destinataire 13 07 2023	
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
		Nom et signature			
Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	Nombre
Nom ou dénomination - Adresse Centre D'incinération					
Cachet		Quantité de déchets acceptés : 99kg		Date de prise en charge	
N° SIRET		Opération (code du traitement) ☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (D9) ☐ Prétraitement par désinfection (D9)		Date de l'opération	
Téléphone		Fax ou mél			
Refus de prise en charge ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		Date du refus de prise en charge			
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 61034 CRETEIL Cedex 13 JUIL. 2023 Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83 SIRET : 833 921 232 00017 Monsieur CHARBONNIER			

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		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 92210 SAINT-CLOUD		spécifié, N.S.A., 6.2, 11		770	1
Cachet		Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :	
N° SIRET		☐ Réelle :kg ☐ Estimée		 L	
Responsable : Mlle FILIBERTI		Date de remise au collecteur/transporteur		14 07 2023	
Téléphone		Nom et signature		de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Fax ou mél		Refus de prise en charge :		Date du refus de prise en charge	
SIRET : 432 087 013 00020		☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel			
Collecteur / Transporteur		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Nom ou dénomination - Adresse		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres)	Nombre
GCME 33bis rue Auguste Buisson				770	1
Cachet				500/ci	4
Réception n°		Quantité de déchets transportés (kg)		Quantité de déchets transportés (L) :	
Département		☐ Réelle : 128kg ☐ Estimée		 L	
Limite de validité		Date de remise à l'installation destinataire		14 07 2023	
Responsable : Mme CIOARA		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
N° SIRET		Nom et signature			
Téléphone		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	Nombre
Fax ou mél					
SIRET : 499 232 098 00024		Quantité de déchets acceptés : 128kg		Date de prise en charge	
Installation destinataire					
Nom ou dénomination - Adresse		Opération (code du traitement)		Date de l'opération	
Cachet		☐ Incinération (D10)			
N° SIRET		☒ Incinération + valorisation énergétique (R1)			
Centre D'incinération		☐ Prétraitement par désinfection (D9)			
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		Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.93			
☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel		SIRET : 833 921 232 00017			
Date du refus de prise en charge		Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :			
.....					

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		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 92210 SAINT-CLOUD		UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifié, N.S.A., 6.2, 11		1770	1
Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :			
☐ Réelle :kg ☐ Estimée		 L			
Date de remise au collecteur/transporteur		17 07 2023			
N° SIRET		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
01.47.11.77.11					
Téléphone		Fax ou mél			
SIRET 432 087 013 00020					
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge :		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse		☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel			
GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Récepissé n°		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres)	Nombre
Département				1770	1
Limite de validité					
N° SIRET		Quantité de déchets transportés (kg)		Quantité de déchets transportés (L) :	
		☐ Réelle : 75kg ☐ Estimée		 L	
SIRET : 499 232 098 00024		Date de remise à l'installation destinataire		17 07 2023	
Téléphone		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Fax ou mél					
01.47.30.31.83 gcmc@orange.fr		Nom et signature			
Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	Nombre
Nom ou dénomination - Adresse					
Cachet		Quantité de déchets acceptés : 75kg		Date de prise en charge	
Centre D'incinération					
N° SIRET		Opération (code du traitement)		Date de l'opération	
		☐ Incinération (D10)			
Téléphone		☒ Incinération + valorisation énergétique			
Fax ou mél		☐ Prétraitement par désinfection			
Refus de prise en charge		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
☐ Oui ☒ Non ☐ partiel					
Date du refus de prise en charge					
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :					

VALO MARNE
100, rue des Malfourches
94034 CRETEIL Cedex
17 JUL. 2023
Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83
SIRET : 833 921 232 00017
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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Identification des déchets au titre de l'ADR UN 3291 Déchets d'hôpital non infectieux N.S.A. 6.2.11		Code -nomenclature des déchets 1 5 0 1 0 1 *	
Nom ou dénomination - Adresse Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : M. LIBERTI		Désignation des conditionnements remis		Capacité (litres) 770	Nombre 1
N° SIRET 47 11 77 11		Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée		Quantité de déchets remis (en L) : 50 (9) 6	
Téléphone SIRET : 432 087 013 00020		Date de remise au collecteur/transporteur		18 07 2023	
Fax ou mél		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : M. QARA		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Récépissé n°		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres) 770	Nombre 1
Département		Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réelle : 153kg ☐ Estimée		Quantité de déchets transportés (L) : 50 (9) 6	
Limite de validité		Date de remise à l'installation destinataire		18 07 2023	
N° SIRET		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Téléphone 01.47.30.31.83		Nom et signature			
Fax ou mél gcme@orange.fr		Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés	
Nom ou dénomination - Adresse Centre D'incinération		Capacité (litres)		Nombre	
Cachet		Quantité de déchets acceptés : 153kg		Date de prise en charge	
N° SIRET		Opération (code du traitement) ☒ Incinération (D10) ☐ Incinération + valorisation énergétique (R1) ☐ 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		18 JUIL. 2023			
Refus de prise en charge ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.43.83 SIRET : 833 921 232 00017 Nom et signature			
Date du refus de prise en charge		Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :			

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

Bordereau n°	
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) 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 *	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) 770 500 cl Nombre 1 2	Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée Date de remise au collecteur/transporteur 19 07 2023
N° SIRET SIRET : 432 087 013 00120 Téléphone Fax ou mél	Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)
Collecteur / Transporteur Nom ou dénomination - Adresse GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : Mme CIOARA Cachet	Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel Date du refus de prise en charge Motif du refus de prise en charge et quantités concernées : Désignation des conditionnements transportés Capacité (litres) 770 500 cl Nombre 1 2
Récupéré n° Département Limite de validité	Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée Date de remise à l'installation destinataire 19 07 2023
N° SIRET SIRET : 499 232 098 00024 Téléphone Fax ou mél 01.47.30.31.83 gcme@orange.fr	J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) Nom et signature
Installation destinataire Nom ou dénomination - Adresse Centre D'incinération Cachet	Désignation des conditionnements acceptés Capacité (litres) Nombre Quantité de déchets acceptés : 114kg Date de prise en charge
N° SIRET Téléphone Fax ou mél	Opération (code du traitement) ☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (R1) ☐ Prétraitement par désinfection (R1) Date de l'opération
Refus de prise en charge ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel Date du refus de prise en charge	J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) 19 JUL. 2023 Monsieur CHARBONNIER
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :	

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)

Nom ou dénomination - Adresse

Clinique du Val d'Or
16 rue Pasteur
92210 SAINT-CLOUD

Responsable : M^{me} FILIBERTI
Cachet

N° SIRET

01.47.11.77.11

Téléphone

Fax ou mél

SIRET : 432 087 013 00020

Identification des déchets au titre de l'ADR

Code -nomenclature des déchets

UN 3291 Déchets d'hôpital non
Designation des conditionnements remis

Capacité (litres)

Nombre

Quantité de déchets remis (en kg)

☐ Réellekg ☐ Estimée

Quantité de déchets remis (en L) :

..... L

Date de remise au collecteur/transporteur

20 07 2023

Nom et signature

de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)

Collecteur / Transporteur

Nom ou dénomination - Adresse

GCME
33bis rue Auguste Buisson
92250 La Garenne-Colombes

Responsable : M^{me} CIOARA
Cachet

N° SIRET

SIRET : 499 232 098 00024

Téléphone

Fax ou mél

Refus de prise en charge :

☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel

Date du refus de prise en charge

Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :

Designation des conditionnements transportés

Capacité (litres)

Nombre

Quantité de déchets transportés (kg)

☐ Réellekg ☐ Estimée

Quantité de déchets transportés (L) :

..... L

Date de remise à l'installation destinataire

20 07 2023

J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne
responsable de l'élimination des déchets (PRED)

Nom et signature

Installation destinataire

Nom ou dénomination - Adresse

Cachet

N° SIRET

Designation des conditionnements acceptés

Capacité (litres)

Nombre

Quantité de déchets acceptés : 167kg

Date de prise en charge

Opération (code du traitement)

☐ Incinération (D10)

☒ Incinération + valorisation énergétique (R1)

☐ Prétraitement par voie chimique (D9)

Date de l'opération

J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne
responsable de l'élimination des déchets (PRED)

20 JUL. 2023

Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83
SIRET : 833 921 232 00017

Monsieur CHARBONNIER, l'exploitant

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

N° 11351*04

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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Identification des déchets au titre de l'ADR UN 3291 Déchets d'hôpital non infectieux		Code -nomenclature des déchets 180103*	
Nom ou dénomination - Adresse Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : MIELEBERTI		Designation des conditionnements remis 60 ^l (F) x 2		Capacité (litres) 470	Nombre 1
N° SIRET 01.47.11.77.11		Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée		Quantité de déchets remis (en L) : L	
Téléphone SIRET : 432 087 013 00020		Date de remise au collecteur/transporteur 21/07/2023		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : M. ELIARA		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :		Désignation des conditionnements transportés 60 ^l (F) x 2	
Réception n°		Département		Capacité (litres) 470	
N° SIRET SIRET : 499 232 098 00024		Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réelle : 152kg ☐ Estimée		Nombre 1	
Téléphone 01.47.30.31.83		Fax ou mél 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 21/07/2023		Nom et signature	
Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	Nombre
Nom ou dénomination - Adresse Centre D'incinération		Quantité de déchets acceptés : 152kg		Date de prise en charge	
N° SIRET		Opération (code du traitement) ☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (R1) ☐ Prétraitement par désinfection (D9)		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 ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		Date du refus de prise en charge		Nom et signature de l'exploitant	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :					

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

Bordereau n°		Identification des déchets au titre de l'ADR		Code -nomenclature des déchets	
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		UN 3291 Déchets d'hôpital non		1 8 0 1 0 3	
Nom ou dénomination - Adresse		Désignation des conditionnements remis		Capacité (litres)	Nombre
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD		60 ^l FI x 3		270	2
Responsable : Mlle FILIBERTI		Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :	
N° SIRET : 01.47.11.77.11		☐ Réelle :kg ☐ Estimée		50 ^l CI 6	
Téléphone		Date de remise au collecteur/transporteur		24 07 2023	
Fax ou mél		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
SIRET : 1431 087 013 00020					
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge :		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse		☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel			
GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne-Colombes		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Responsable : Mlle SICARA		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres)	Nombre
N° SIRET		60 ^l FI x 3		1700	2
SIRET : 499 232 098 00024		Quantité de déchets transportés (kg)		Quantité de déchets transportés (L) :	
Téléphone		☐ Réelle :kg ☐ Estimée		50 ^l CI 6	
Fax ou mél		Date de remise à l'installation destinataire		24 07 2023	
01.47.30.31.83 gemo@orange.fr		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	Nombre
Nom ou dénomination - Adresse					
Cachet		Quantité de déchets acceptés : 291kg		Date de prise en charge	
Centre D'incinération		Opération (code du traitement)		Date de l'opération	
N° SIRET		☐ Incinération (D10)			
Téléphone		☒ Incinération + valorisation énergétique (R1)			
Fax ou mél		☐ Prétraitement par désinfection (D9)			
Refus de prise en charge		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		24 JUL. 2023			
Date du refus de prise en charge		Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.43.63			
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		Nom et signature de l'exploitant			
		Monsieur CHARBONNIER			

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°	
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Identification des déchets au titre de l'ADR	
Code -nomenclature des déchets	
UN 3291 Déchets d'hôpital non	
1 8 0 1 0 3 *	
Nom ou dénomination - Adresse	
Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : M. FILIBERTI	
N° SIRET : 47.11.77.11	
Téléphone : SIRET : 432 087 013 00020	
Fax ou mél	
Date de remise au collecteur/transporteur	
25 07 2023	
Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel	
Date du refus de prise en charge	
Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
Désignation des conditionnements transportés	
Capacité (litres)	
Nombre	
50 l x 2	
770	
1	
60 l	
1	
Quantité de déchets remis (en kg)	
Quantité de déchets remis (en L) :	
☐ Réelle :kg ☐ Estimée	
Date de remise à l'installation destinataire	
25 07 2023	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Nom et signature	
Désignation des conditionnements acceptés	
Capacité (litres)	
Nombre	
Quantité de déchets acceptés : 113kg	
Date de prise en charge	
Opération (code du traitement)	
Date de l'opération	
☐ Incinération (D10)	
☒ Incinération + valorisation énergétique (R1)	
☐ Prétraitement par désinfection	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Nom et signature de l'exploitant	
25 JUL. 2023	
Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.46.63	
SIRET : 833 921 232 00017	
Monsieur CHARLES DUPONT	
Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel	
Date du refus de prise en charge	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :	

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°					
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		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 * ☐	
Nom ou dénomination - Adresse Clinique du Val d'Or 16 rue Pasteur 92210 SAINT-CLOUD Responsable : M ^{lle} FILIBERTI 01.47.11.77.11 Cachet		Désignation des conditionnements remis		Capacité (litres) 770 500	Nombre 1 2
N° SIRET SIRET : 432 087 015 00020		Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée		Quantité de déchets remis (en L) : L	
		Date de remise au collecteur/transporteur		26 07 2023	
Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)					
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : M ^{me} SOARA Cachet		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
Récépissé n°		Département		Limite de validité	
N° SIRET SIRET : 499 232 098 00024		Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réelle : 81kg ☐ Estimée		Quantité de déchets transportés (L) : L	
Téléphone 01.47.30.31.83		Fax ou mél gcme@orange.fr		Date de remise à l'installation destinataire 26 07 2023	
J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Nom et signature			
Installation destinataire		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	Nombre
Nom ou dénomination - Adresse Centre D'incinération Cachet		Quantité de déchets acceptés : 91kg		Date de prise en charge	
N° SIRET		Opération (code du traitement) ☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (D9) ☐ Prétraitement par désinfection (D9)		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 ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		Date du refus de prise en charge		26 07 2023	
Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		VALO MARNE rue des Malfourches 94084 CRETEIL Cedex Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.45.83 SIRET : 833 921 232 00017 Monsieur CHARBONNIER Nom et signature de l'exploitant			

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

Bordereau n°		Identification des déchets au titre de l'ADR		Code -nomenclature des déchets	
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) Nom ou dénomination - Adresse Val d'Or Saint-Jacques Clinique du Mme Filiberti Cachet N° SIRET : 403 667 645 00028 Téléphone : 01 45 00 00 00 Fax ou mél : 01 45 00 00 00		UN 3291 Déchets d'hôpital non Désignation des conditionnements remis 60 ^l FI x 2 Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée Date de remise au collecteur/transporteur 27 07 2023		18 01 03 Capacité (litres) 770 Nombre 1 50 ^l CI Quantité de déchets remis (en L) : L	
Collecteur / Transporteur Nom ou dénomination - Adresse GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Cachet Révisé n° : Département : Limite de validité : N° SIRET : Téléphone : Fax ou mél :		Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel Date du refus de prise en charge : Motif du refus de prise en charge et quantités concernées : Désignation des conditionnements transportés 60 ^l FI x 2 Capacité (litres) 770 Nombre 2 50 ^l CI Quantité de déchets transportés (kg) ☐ Réelle : 162 kg ☐ Estimée Quantité de déchets transportés (L) : L Date de remise à l'installation destinataire 27 07 2023		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED) Non et signature	
Installation destinataire Nom ou dénomination - Adresse Centre D'incinération Cachet N° SIRET : Téléphone : Fax ou mél :		Désignation des conditionnements acceptés Capacité (litres) Nombre Quantité de déchets acceptés : 162 kg Date de prise en charge : 27 07 2023 Opération (code du traitement) ☒ Incinération (D10) ☐ Incinération + valorisation énergétique (D11) ☐ Prétraitement par désinfection (D9) 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 10171 rue de la Malmaison 92030 CRETEIL Cedex Tél. : 01 48 98 55 11 SIRET : 92030 00017 27 JUL. 2023 M. GARBONNIER	

BORDEREAU de SUIVI

Ministère chargé de la Santé

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

Bordereau n°

Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Identification des déchets au titre de l'ADR		Code -nomenclature des déchets	
Nom ou dénomination - Adresse <i>Saint claud Val d'or Clinique Val de Fribourg</i>		Désignation des conditionnements remis spécifié, N.S.A., 6.2, 11 <i>60^l F1 p3</i>		Capacité (litres) 3 * <i>470</i>	
Cachet <i>[Signature]</i>		Quantité de déchets remis (en kg) ☐ Réelle :kg ☐ Estimée		Quantité de déchets remis (en L) : L	
N° SIRET <i>01.40.08.88.00</i>		Date de remise au collecteur/transporteur <i>28 07 2023</i>		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)	
Téléphone <i>01.40.08.88.00</i>		Fax ou mél		Refus de prise en charge : ☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel	
SIRET : <i>572 204 212 00011</i>		Date du refus de prise en charge		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :	
Collecteur / Transporteur		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres)	
Nom ou dénomination - Adresse <i>GCME 33bis rue Auguste Chevalon 92250 La Garenne Colombes</i>		Quantité de déchets transportés (kg) <i>60^l F1 p3</i>		Nombre <i>1</i>	
Récépissé n° <i>92250 La Garenne Colombes</i>		Capacité (litres) <i>470</i>		Nombre <i>2</i>	
Département <i>92</i>		Quantité de déchets transportés (L) : L		Date de remise à l'installation destinataire <i>28 07 2023</i>	
Limite de validité <i>Responsable : Mme CIOARA</i>		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Nom et signature	
N° SIRET <i>01.47.30.51.53</i>		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	
Téléphone <i>01.47.30.51.53</i>		Quantité de déchets acceptés : kg		Nombre	
Fax ou mél		Opération (code du traitement) ☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (D11) ☐ Prétraitement par désinfection (D98)		Date de prise en charge	
Installation destinataire		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)		Date de l'opération	
Nom ou dénomination - Adresse <i>Centre D'incinération</i>		Nom et signature de l'exploitant		SIRET : <i>55.11.11.11</i>	
Cachet <i>[Signature]</i>		Refus de prise en charge ☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		Date du refus de prise en charge	
N° SIRET <i>01.47.30.51.53</i>		Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :		Feuillet n°1	
Téléphone <i>01.47.30.51.53</i>					
Fax ou mél					

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

Bordereau n°		Identification des déchets au titre de l'ADR		Code -nomenclature des déchets	
Personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)					
Nom ou dénomination - Adresse		Désignation des conditionnements remis		Capacité (litres)	Nombre
CUOD Val d'Aur Saint Cloud 350 rue Paul Vaillant Coturier 93000 BOBIGNY Responsable : ***** Mme Fillebert		UN 3291 Déchets d'hôpital non spécifié, N.S.A., 6.2.11 50L x 3		180000 60000	2 1
N° SIRET : 01 32 93 25 00		Quantité de déchets remis (en kg)		Quantité de déchets remis (en L) :	
Téléphone : SIRET : 775 657 570 00377		☐ Réelle :kg ☐ Estimée		 L	
Fax ou mél		Date de remise au collecteur/transporteur		31 07 2023	
		Nom et signature de la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Collecteur / Transporteur		Refus de prise en charge :		Date du refus de prise en charge	
Nom ou dénomination - Adresse		☐ Oui ☐ Non ☐ Partiel			
GCME 33bis rue Auguste Buisson 92250 La Garenne Colombes Responsable : Mme CIOARA		Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :			
N° SIRET		Désignation des conditionnements transportés		Capacité (litres)	Nombre
Téléphone : SIRET : 499 232 098 00024		50L x 3		770 60000	2 1
Fax ou mél		Quantité de déchets transportés (kg)		Quantité de déchets transportés (L) :	
01.47.39.31.83		☐ Réelle : 233kg ☐ Estimée		 L	
Installation destinataire		Date de remise à l'installation destinataire		31 07 2023	
Nom ou dénomination - Adresse		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par la personne responsable de l'élimination des déchets (PRED)			
Cachet		Nom et signature			
N° SIRET		Désignation des conditionnements acceptés		Capacité (litres)	Nombre
Centre D'incinération					
Téléphone		Quantité de déchets acceptés : 233kg		Date de prise en charge	
Fax ou mél					
Refus de prise en charge		Opération (code du traitement)		Date de l'opération	
☐ Oui ☒ Non ☐ partiel		☐ Incinération (D10) ☒ Incinération + valorisation énergétique (R11) ☐ Prétraitement par désinfection (D4)			
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)			
		31 JUL. 2023			
		Tél. : 01.48.98.55.11 - Fax : 01.48.98.48.83 SIRET : 833 921 232 00017 Monsieur CHARBONNIER			