



Référence client

Référence client : 01000158

SIRET : 49209915500029

Domus Vi- résidence Pierre Bocognano

Chez Take a Waste
24 rue de Clichy
75009 Paris
France

Facture

FA005075

Date

30/09/23

Page

1

Référence	Désignation	UV	Qté	PU HT	REM	PU net	Montant HT	Taux
TRAITEMENT DE DECHETS D'ACTIVITES DE SOINS DU MOIS DE SEPTEMBRE 2023								
RB	ROTATION DE COLLECTE/LIVRAISON	Pièce	2,000	65,88		65,88	131,76	C20
I	INERTAGE DE DECHETS CONTAMINES AU KG	Kg	27,000	1,73		1,73	46,71	C20

Code	Base	Taux TVA	Montant Taxe
TGAP	27,00	0,0135U	0,36
C20	178,83	20%	35,77
TGAP : 13.51 €/T HT			
Total	178,83		36,13

Mode de règlement / échéance

Virement
30/10/23 214,60

Total HT	178,47
TGAP	0,36
Total HT Net	178,83
Total TVA	35,77
Total TTC	214,60

NET A PAYER 214,60 €

RIB IBAN SOCIETE GENERALE : FR76 3000 3002 5100 0201 3698 627
TVA acquittée sur les encaissements



N°11351*04

Ministère chargé de la Santé

**Bordereau de suivi
des déchets d'activités de soins
à risques infectieux**Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISECode de la Santé publique art. R 1335-4
Arrêté du 7 septembre 1999
Arrêté du 29 mai 2009La 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° 12/09/2013 RP 09

**Personne responsable de
l'élimination des déchets (PRED)**Identification des déchets au titre de l'ADR
**UN 3291 déchets d'hôpital
non spécifiés, NSA, 6.2, II, (-)**

Code-nomenclature des déchets

1 8 0 1 0 3 *

Nom ou dénomination - Adresse

Gendarme

Bogzano

Cachet

Désignation des conditionnements remis

Cofa

Capacité (litres)

30

Nombre

5

Quantité de déchets remis (en kg)

☒ Réelle : 6 kg ☐ Estimée

Quantité de déchets remis (en L)

288 L

Date de remise au collecteur/transporteur

12/09/2013

N° SIRET

Nom et signature

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

Total (kg) :

20 0 20

9940530

20 0 20

BRUT TARE NET

LUCIA DI MORIANI

Cachet

Récepuissé n°

2020010

Département

2A - 2B

Limite de validité

11/05/2025

N° SIRET

3 9 7 6 1 8 2 7 3 0 0 0 1 5

Téléphone

Fax ou mél

0 4 9 5 5 1 4 6 0 2

04 95 51 47 10

Refus de prise en charge :

☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel

Date de refus de prise en charge :

Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :

Désignation des conditionnements transportés

Cofa

Capacité (litres)

30

Nombre

5

Quantité de déchets transportés (kg)

☒ Réelle : 6 kg ☐ Estimée

Quantité de déchets transportés (L)

288 L

Date de remise à l'installation destinataire

12/09/2013

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

Cofa

Capacité (litres)

30

Nombre

5

Nom ou dénomination - Adresse

SANI-CORSE
Centre d'inertageLieu-dit Ponte Bonello - Route de Bastia
20167 SARROLA CARCOPINO

Cachet

Quantité de déchets acceptés : (kg)

Date de prise en charge

15/09/2013

N° SIRET

3 9 7 6 1 8 2 7 3 0 0 0 5 6

Opération (code du traitement)

☐ Incinération (D10)
☐ Incinération + valorisation énergétique (R1)
☒ Prétraitement par désinfection (D9)

Date de l'opération

15/09/2013

Téléphone

0 4 9 5 5 1 4 6 0 2

Fax ou mél

04 95 51 47 10

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)

Nom et signature de l'exploitant



N°11351*04

Ministère chargé de la Santé

**Bordereau de suivi
des déchets d'activités de soins
à risques infectieux**Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISECode 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°

C/09/NOV/P12

**Personne responsable de
l'élimination des déchets (PRED)**Identification des déchets au titre de l'ADR
UN 3291 déchets d'hôpital
non spécifiés, NSA, 6.2, II, (-)

Code-nomenclature des déchets

1 8 0 1 0 3 *

Nom ou dénomination - Adresse

Don de sang
Pierre Bocogne

Cachet

Désignation des conditionnements remis

Capacité (litres)

Nombre

Carton

80

1

Quantité de déchets remis (en kg)

Quantité de déchets remis (en L)

☐ Réelle kg ☐ Estimée

80 L

Date de remise au collecteur/transporteur

21/09/2012

N° SIRET

Téléphone

Fax ou mél

Nom et signature

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

5 Boîtes de 4L
15 Boîtes de 50L**Collecteur / Transporteur**

Refus de prise en charge :

☐ Oui ☒ Non ☐ Partiel

Date de refus de prise en charge :

Total (kg) : 7 0 7

9940935 7 0 7

BRUT TARE NET

de validité

5/2025

Motif du refus de prise en charge et quantités concernées :

Désignation des conditionnements transportés

Capacité (litres)

Nombre

Carton

50

1

Quantité de déchets transportés (kg)

Quantité de déchets transportés (L)

☒ Réelle kg ☐ Estimée

80 L

Date de remise à l'installation destinataire

21/09/2012

Téléphone

Fax ou mél

04 95 51 46 02

04 95 51 47 10

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

Carton

50

1

Nom ou dénomination - Adresse

SANI-CORSE
Centre d'inertage
Lieu-dit Ponte Bonello - Route de Bastia
20167 SARROLA CARCOPINO

Cachet

Quantité de déchets acceptés : 7 (kg)

Date de prise en charge

21/09/2012

N° SIRET

Opération (code du traitement)

Date de l'opération

☐ Incinération (D10)
☐ Incinération + valorisation énergétique (R1)
☒ Prétraitement par désinfection (D9)

21/09/2012

Téléphone

Fax ou mél

04 95 51 46 02

04 95 51 47 10

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

☐ Oui ☐ Non ☐ partiel

Motif du refus de prise en charge et quantités refusées :

Nom et signature de l'exploitant