

MODELO CONTRATO TRATAMIENTO DE RESIDUOS
Nº CONTRATO

OPERADOR DEL TRASLADO		
RAZON SOCIAL:		CIF:
DIRECCION SOCIAL:		
C.P.:	PROVINCIA:	MUNICIPIO:
TELEFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
RESPONSABLE:		DNI:

DESTINATARIO DEL TRASLADO		
RAZON SOCIAL:		CIF:
DIRECCION SOCIAL:		
C.P.:	PROVINCIA:	MUNICIPIO:
TELEFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:
RESPONSABLE:		DNI:

DATOS DEL RESIDUO				
CODIGO LER	DENOMINACION	TRATAMIENTO	FRECUENCIA	CANTIDAD

*En caso de que los residuos no cumplan las características recogidas en esta declaración el destinatario podrá rechazar los residuos. Para ello deberán poder inspeccionarse antes del traslado.