

BORDEREAU de SUIVI

Élimination des pièces anatomiques humaines

Code de la Santé publique
art. R 1335-10
Arrêté du 7 septembre 1999
Arrêté du 29 mai 2009

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

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

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

| | | | | | |
|---|----------------------------------|--|------------------------------------|----------------------|----------------------|
| Etablissement producteur | | N° SIRET | <input type="text"/> | | |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement | | | |
| Cachet | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Téléphone | Fax | Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 29 mai 2009 relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit Arrêté ADR). | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Nombre de pièces remises au transporteur <input type="text"/> | Date de remise au transporteur | Nom et signature du responsable | | | |
| Nombre de conditionnements remis au transporteur <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Collecteur / Transporteur | | N° SIRET | <input type="text"/> | | |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Nombre de pièces transportées <input type="text"/> | Date de remise au destinataire | | |
| Cachet | | Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur. | | | |
| | | Nom et signature | | | |
| Téléphone | Fax | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Crématorium destinataire | | N° d'immatriculation | <input type="text"/> | | |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Nombre de pièces prises en charge <input type="text"/> | Date de prise en charge des pièces | | |
| Cachet | | Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur. | | | |
| | | | | | |
| Téléphone | Fax | Nom et signature de l'exploitant | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> | Date de refus de prise en charge | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Motifs du refus de prise en charge | | | | | |

BORDEREAU de SUIVI

Élimination des pièces anatomiques humaines

Code de la Santé publique
art. R 1335-10
Arrêté du 7 septembre 1999
Arrêté du 29 mai 2009

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

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

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

| | | | | | |
|---|----------------------------------|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| Etablissement producteur | | N° SIRET | <input type="text"/> | | |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement | | | |
| Cachet | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Téléphone | Fax | Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 29 mai 2009 relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit Arrêté ADR). | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Nombre de pièces remises au transporteur <input type="text"/> | Date de remise au transporteur | | | | |
| Nombre de conditionnements remis au transporteur <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | Nom et signature du responsable | | | |
| Collecteur / Transporteur | | N° SIRET | <input type="text"/> | | |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Nombre de pièces transportées <input type="text"/> Date de remise au destinataire | | | |
| Cachet | | Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/> | | | |
| | | J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur. | | | |
| | | <input type="text"/> | | | |
| Téléphone | Fax | Nom et signature | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Crématorium destinataire | | N° d'immatriculation | <input type="text"/> | | |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Nombre de pièces prises en charge <input type="text"/> Date de prise en charge des pièces | | | |
| Cachet | | Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/> | | | |
| | | <input type="text"/> | | Date de la crémation | |
| | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| | | J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur. | | | |
| | | <input type="text"/> | | | |
| Téléphone | Fax | Nom et signature de l'exploitant | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> | Date de refus de prise en charge | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Motifs du refus de prise en charge | | | | | |

BORDEREAU de SUIVI

Élimination des pièces anatomiques humaines

Code de la Santé publique
art. R 1335-10
Arrêté du 7 septembre 1999
Arrêté du 29 mai 2009

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

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

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

| | | | | | |
|---|----------------------------------|--|----------------------|----------------------|---------------------------------|
| Etablissement producteur | | N° SIRET | <input type="text"/> | | |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement | | | |
| Cachet | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Téléphone | Fax | Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 29 mai 2009 relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit Arrêté ADR). | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Nombre de pièces remises au transporteur <input type="text"/> | Date de remise au transporteur | | | | |
| Nombre de conditionnements remis au transporteur <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Nom et signature du responsable |
| Collecteur / Transporteur | | N° SIRET | <input type="text"/> | | |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Nombre de pièces transportées <input type="text"/> Date de remise au destinataire | | | |
| Cachet | | Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/> | | | |
| | | J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur. | | | |
| | | | | | |
| Téléphone | Fax | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Crématorium destinataire | | N° d'immatriculation | <input type="text"/> | | |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Nombre de pièces prises en charge <input type="text"/> Date de prise en charge des pièces | | | |
| Cachet | | Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/> | | | |
| | | Date de la crémation | | | |
| | | <input type="text"/> | | | |
| | | J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur. | | | |
| | | | | | |
| Téléphone | Fax | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Refus de prise en charge <input type="checkbox"/> | Date de refus de prise en charge | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | |
| Motifs du refus de prise en charge | | Nom et signature de l'exploitant | | | |
| | | | | | |

BORDEREAU de SUIVI

Élimination des pièces anatomiques humaines

Code de la Santé publique
art. R 1335-10
Arrêté du 7 septembre 1999
Arrêté du 29 mai 2009

Le responsable de l'établissement producteur conserve le feuillet n°4 après remise des pièces anatomiques

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

Le responsable du crématorium renvoie le feuillet n°1 à l'établissement producteur et conserve le feuillet n°2

| | | | |
|--|--------------------------|--|----------------------|
| Etablissement producteur | | N° SIRET | <input type="text"/> |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Codes d'identification des pièces anatomiques utilisés par l'établissement | |
| Cachet | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Téléphone | Fax | Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 29 mai 2009 relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit Arrêté ADR). | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Nombre de pièces remises au transporteur | <input type="text"/> | Date de remise au transporteur | <input type="text"/> |
| Nombre de conditionnements remis au transporteur | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cachet | | Nom et signature du responsable | |
| Collecteur / Transporteur | | N° SIRET | <input type="text"/> |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Nombre de pièces transportées | <input type="text"/> |
| Cachet | | Date de remise au destinataire | <input type="text"/> |
| | | Nombre de conditionnements transportés | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cachet | | J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur. | |
| Téléphone | Fax | Nom et signature | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Crématorium destinataire | | N° d'immatriculation | <input type="text"/> |
| Nom ou dénomination - Adresse | | Nombre de pièces prises en charge | <input type="text"/> |
| Cachet | | Date de prise en charge des pièces | <input type="text"/> |
| | | Nombre de conditionnements pris en charge | <input type="text"/> |
| | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Cachet | | Date de la crémation | <input type="text"/> |
| Cachet | | J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur. | |
| Téléphone | Fax | Nom et signature de l'exploitant | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Refus de prise en charge | <input type="checkbox"/> | Date de refus de prise en charge | <input type="text"/> |
| Motifs du refus de prise en charge | | <input type="text"/> | |