

Kund	Order	Artikel	Referens
------	-------	---------	----------

Mottagning av avfall endast med godkänd deklaration.

Dekl.nr:	Godkänd
----------	---------

## Avfallsdeklaration FAST avfall och grundläggande karakterisering

### Avfallslämnare och faktureringsuppgifter

1	Avfallslämnare/kund	Org.nr	Kundnr
2	Kontaktperson	E-post	Telefon
3	Postadress	Postnr	Ort
4	Fakturainstruktion <input type="checkbox"/> E-faktura (EDI) <input type="checkbox"/> Mejl (ange mejladress) <input type="checkbox"/> Brev (ange adress om annan än ovan)		
5	Projektbenämning	Fakturamärkning	

### Beskrivning av avfallet

6	Typ av avfall	Avfallskod (EWC)	Farligt avfall <input type="checkbox"/> Ja
7	Avfallsproducent (om annan än avfallslämnaren)	Org.nr	
8	Ursprung (verksamhet, anläggning, projekt, fastighet eller motsv.)	Hantering/process där avfallet uppkommit	
9	Genereras avfallet regelbundet? (t ex kontinuerligt fallande i industriell process) <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Besvara fråga 9-B, sid 2)		
10	Beskriv avfallet (benämning, sammansättning, föroreningar, lakegenskaper, emballage etc)		
11	Fysikalisk form och hanterbarhet	Färg	Lukt
	<input type="checkbox"/> Homogent <input type="checkbox"/> Heterogent <input type="checkbox"/> Stackbart <input type="checkbox"/> Blött <input type="checkbox"/>		
12	Har avfallet genomgått provning/analys? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja (Besvara fråga 12-B, sid 2)		
13	Finns det särskild risk med avfallet och/eller behövs särskild åtgärd vid hantering? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Dammar <input type="checkbox"/> Ja (ange)		

### Mängd, leveranstid och hämtplats

14	Mängd, ungefärlig (ton)	Leveranstid <input type="checkbox"/> Helår <input type="checkbox"/> Period, vecka ..... till vecka ..... <input type="checkbox"/> En leverans, vecka .....
15	Hämtplats	Gatuadress + postnr <i>eller</i> koordinat Sweref 99TM
		Kommunkod

### Fråga 16-19 besvaras om avfallet ska deponeras

16	Har möjlighet att återvinna avfallet beaktats? Varför deponeras detta avfall?		
17	Behandling som avfallet genomgått för att minska mängd och farlighet eller för att underlätta hantering eller gynna återvinning? <input type="checkbox"/> Sortering/separering <input type="checkbox"/> Termisk behandling <input type="checkbox"/> Emballering <input type="checkbox"/> Undantaget krav <input type="checkbox"/> Selektiv schakt <input type="checkbox"/> Biologisk behandling <input type="checkbox"/> Hygienisering <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avvattning <input type="checkbox"/> Stabilisering (kem/fys) <input type="checkbox"/> Dammbindning <input type="checkbox"/>		
18	Utsorterat brännbart avfall och organiskt avfall får ej deponeras. Uppfyller avfallet krav enligt NFS 2004:4? <input type="checkbox"/> Ja (se även undantag i NFS 2004:4, 12§) <input type="checkbox"/> Nej, avfallet kräver dispens (särskild blankett ska inlämnas)		
19	Om känt, ange på vilken typ av deponi avfallet får deponeras <input type="checkbox"/> Inert avfall <input type="checkbox"/> Icke-farligt avfall <input type="checkbox"/> Farligt avfall <input type="checkbox"/> Asbest <input type="checkbox"/>		

### Intygande

20	Undertecknad intygar att det avfall som lämnas överensstämmer med deklarationen samt godkänner Dåva DACs allmänna villkor för avlämnande av avfall (om annat ej överenskommit). Personuppgifter hanteras i enlighet med Dåva DACs integritetspolicy.		
	Datum	Underskrift	Namnförtydligande
			Telefon



**Avfallsdeklaration FAST avfall  
och grundläggande karakterisering**

**SIDA 2**

**Fråga 9-B. Tillägsfrågor om avfallet genereras regelbundet (t ex kontinuerligt fallande i industriell process)**

9B	Nyckelparametrar för överensstämmelseprovning
	Hur ofta ska provningen göras?
	När utfördes senaste provning?

**Fråga 12-B. Tillägsfrågor om avfallet har provats /analyserats**

Ange vilka prover eller analyser som utförts
--

Plats för Dåva DACs noteringar

Ska provtas av Dåva DAC