

	<b><u>DÉCHETS BIOMÉDICAUX</u></b>
<b><u>CATÉGORIES DE DÉCHETS</u></b>	
1- <input type="checkbox"/> ANATOMIQUES HUMAINS 2- <input type="checkbox"/> ANATOMIQUES ANIMAUX 3- <input type="checkbox"/> NON-ANATOMIQUES <input type="checkbox"/> PIQUANTS / TRANCHANTS / CASSABLES	
<b><u>PRODUCTEUR</u></b>	
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT OU RAISON SOCIALE : _____	
ADRESSE : _____ _____	
NOM DU RESPONSABLE : _____	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU RESPONSABLE : _____	