

BORDEREAU de SUIVI

Élimination des pièces anatomiques humaines

Code de la Santé publique
art. R 1335-10
Arrêté du 7 septembre 1999
Arrêté du 1^{er} juin 2001 modifié

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 1^{er} juin modifié 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"/> <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			
<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"/>			
		<input type="text"/>		Date de la crémation	
		<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 1^{er} juin 2001 modifié

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
		Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 1^{er} juin modifié relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit Arrêté ADR).			
Téléphone	Fax				
Nombre de pièces remises au transporteur <input type="text"/> Nombre de conditionnements remis au transporteur <input type="text"/>		Date de remise au transporteur <input type="text"/>			
Cachet					
Collecteur / Transporteur		N° SIRET	<input type="text"/>		
Nom ou dénomination - Adresse		Nombre de pièces transportées <input type="text"/> Date de remise au destinataire <input type="text"/> Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.			
Téléphone	Fax				
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 <input type="text"/> Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Cachet					Date de la crémation <input type="text"/>
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.			
Cachet					
		Téléphone	Fax		
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					

BORDEREAU de SUIVI

Élimination des pièces anatomiques humaines

Code de la Santé publique
art. R 1335-10
Arrêté du 7 septembre 1999
Arrêté du 1^{er} juin 2001 modifié

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 1^{er} juin modifié 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"/>	<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			
<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"/>
				Date de la crémation	
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cachet		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.			
		Nom et signature de l'exploitant			
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					

**BORDEREAU
de SUIVI**

**Élimination des pièces
anatomiques humaines**

Code de la Santé publique
art. R 1335-10
Arrêté du 7 septembre 1999
Arrêté du 1^{er} juin 2001 modifié

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"/>
Téléphone	Fax	Je déclare m'être conformé(e) à l'arrêté du 1^{er} juin modifié 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"/>				
Nombre de conditionnements remis au transporteur <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"/>		
Cachet		Date de remise au destinataire		
		Nombre de conditionnements transportés <input type="text"/>		
		J'atteste avoir pris connaissance des informations déclarées par le producteur.		
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"/>		
Cachet		Date de prise en charge des pièces		
		Nombre de conditionnements pris en charge <input type="text"/>		
		Date de la crémation		
		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				