



FORMULARZ DO UMOWY

www.asos-partner.pl	
Pełna nazwa Placówki	
Adres SIEDZIBY (kod pocztowy, miejscowość, ulica, województwo, powiat)	
NIP	
REGON	
Numer BDO	
Numer WETERYNARYJNY	
Nr PKD z opisem	
Pełna data rozpoczęcia działalności	
Zakres usług	
Adres do korespondencji	
Adres PUNKTU ODBIORU (kod pocztowy, miejscowość, ulica, województwo, powiat)	
Nr telefonu kontaktowego oraz osoba do kontaktu	
Kody generowanych odpadów (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Środowiska z dnia 27 września 2001 r. w sprawie katalogu odpadów (Dz. U. Nr 112, poz. 1206))	
Częstotliwość odbioru odpadów (minimum 1 x w miesiącu)	
Przybliżona ilość oddawanych odpadów w kilogramach na miesiąc	
Termin rozpoczęcia umowy	
Termin pierwszego odbioru (proszę podać tylko miesiąc)	
Adres e-mail do konatktu	
Dni i godziny otwarcia Placówki	