

	PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE DESCARGA DE RESÍDUOS (Quantidade superior a 5 m3)	Nº Cliente: _____
--	--	-------------------

Nome da Empresa: _____

Nome do Responsável: _____

Telefone: _____ Fax: _____

Vem solicitar à AMBILITAL a descarga dos seguintes resíduos:

IDENTIFICAÇÃO DOS RESÍDUOS			
Código LER	Designação	Origem do Resíduo	Quantidade Estimada (unidades ou volume)

No seguinte local de descarga:

LOCAL DE DESCARGA			
Estação de Transferência/ Ecocentro de Alcácer		Ecocentro de Aljustrel	
Estação de Transferência/ Ecocentro de Grândola		Ecocentro de Ferreira do Alentejo	
Estação de Transferência/ Ecocentro de Odemira		Ecocentro de Ermidas-Sado	
Estação de Transferência/ Ecocentro de Santiago do Cacém		Central de Triagem / Sistema do Vidro em Ermidas-Sado	
Aterro Sanitário de Ermidas-Sado			

Assinatura do Responsável: _____

Data : ___/___/___

A PREENCHER PELA AMBILITAL		
Identificação do Cliente	Amostragem	
N.º Cliente: _____	Foram entregues amostras: SIM NÃO Outras : _____	
Deposição Autorizada: <input type="checkbox"/>	Justificação: _____	
Deposição Não Autorizada: <input type="checkbox"/>		
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> Pagamento a Pronto	<input type="checkbox"/> Pagamento a _____ dias	<input type="checkbox"/> Sem custos

Assinatura do Responsável: _____

Data : ___/___/___