…………………………………………………………………….

**SAYI :** ……../……/ 201…..

**KONU:**……….…….ayı (201…)

**ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK İL MÜDÜRLÜĞÜNE**

 **ŞANLIURFA**

 ……………………………………………………….. Sağlık kuruluşumuza ait Ulusal Atık Taşıma Formu (**UATF**) yazımızın ekinde sunulmuştur.

 Bilgilerinize arz ederim.

Eki: … Adet UATF Formu

ADRES:

|  |
| --- |
| **U A T F L İ S T E S İ ( TABLOSU )** |
| **Sıra No** | **ATIK TARİHİ**  | **TAŞIYICI** **FİRMA** | **FORM** **NO** | **ATIK KODU** | **ATIK MİKTARI** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  TOPLAM |  |