

COVERED ELECTRONIC WASTE COLLECTION LOG

Fill in the information of the person or organization that USED the TV or monitor.
Completa la información de la persona o de la organización quien usó la tele o monitor.

* All items in red are required by the State of California. Please print legibly.

*DATE / FECHA:

*NAME / NOMBRE:

*ADDRESS / DIRECCIÓN:

(No PO Boxes)

*CITY / CIUDAD:

*STATE / ESTADO:

CALIFORNIA ONLY

*ZIP / CÓDIGO:

*TYPE / MODA:

- Residential Business Government
 Non-Profit Education

*NO. OF TVs?:

*WEIGHT:

*NO. OF MONITORS?:

*WEIGHT:

***AND ONLY IF 5 OR MORE / Y SOLO SI HAY 5 o MÁS:**

If you collect 5+ TVs/Monitors from the same person or same organization, also ask:

Si usted recoge 5+ teles/monitors de la misma persona o misma organización, también pregunta:

Contact Name / Nombre del contacto:

(If the name is the same as above, leave blank)

Tel Number / Número de teléfono:

Why so many? / ¿Por qué hay tantos?:

FOR HANDLER USE ONLY

Supplier Name:	
Supplier Tel. No:	
Address:	
City/State/Zip:	
Delivery Date to Collector:	