



**GB**

**Geltungsbereich**

**Version**

**Adresse des Betriebs (Standort des Betriebs)**

Name des Betriebs:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

**Angaben**

**1. Resultat der betriebsinternen Abklärung (Art. 1 Abs. 2 Bst. a StFV)**

Der Betrieb fällt aufgrund der Überschreitung von Mengenschwellen für Stoffe, Zubereitungen, Sonderabfälle oder hochaktive Stoffe in den Geltungsbereich der StFV.

Der Betrieb ist nicht im Geltungsbereich der StFV.

**2. Kontaktperson**

Name, Vorname:

Funktion:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

**Bestätigung der Richtigkeit durch den Inhaber**

Die nachfolgend bezeichnete Person ist unterschriftsberechtigt und bescheinigt die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben:

Name, Vorname:

Funktion:

Ort, Datum:

Unterschrift: