








Wykaz substancji chemicznych, cieczy, gazów, substancji niebezpiecznych, łatwopalnych, wybuchowych, innych surowców czy mikroorganizmów wykorzystywanych w ramach projektu – Będących w posiadaniu Wnioskodawcy

(Nazwa, Nr karty charakterystyki, ilość, pochodzenie (zakupione czy przygotowywane we własnym zakresie), Warunki przechowywania, Rodzaj i pojemność pojemników do przechowywania, Informacje m.in. o: a) dodatkowych zabezpieczeniach jakie należy spełnić w odniesieniu do użytkowania i przechowywania (tj. opakowania, wentylacja, temperatura, itp.); b) stosowanej odzieży ochronnej. Informacja o tym czy Wnioskodawca posiada zabezpieczenia dla wymienionych wymagań czy też oczekuje takich zabezpieczeń ze strony zarządzającego przestrzenią)








LP.	Nazwa substancji i nr CAS	MSDS	Zagrożenia							Częstotliwość wykorzystywania substancji w procesach	Magazynowanie w ABox (jeśli TAK, to czy wymagane są specjalistyczne szafy, pojemniki itp. i czy Wnioskodawca jest w ich posiadaniu)
											
		<input type="checkbox"/> Jest <input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stale: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Okazjonalnie Ilość/częstotliwość: _____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Nie wymagane <input type="checkbox"/> Wymagane: <input type="checkbox"/> W posiadaniu <input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Jest <input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stale: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Okazjonalnie Ilość/częstotliwość: _____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Nie wymagane <input type="checkbox"/> Wymagane: <input type="checkbox"/> W posiadaniu <input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Jest <input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stale: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Okazjonalnie Ilość/częstotliwość: _____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Nie wymagane <input type="checkbox"/> Wymagane: <input type="checkbox"/> W posiadaniu <input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Jest <input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stale: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Okazjonalnie Ilość/częstotliwość: _____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Nie wymagane <input type="checkbox"/> Wymagane: <input type="checkbox"/> W posiadaniu <input type="checkbox"/> Nie

Uszczegółowienie powyższych informacji, w tym informacje nt. wymaganych środków ostrożności

LP	Opis

Wykaz substancji chemicznych, cieczy, gazów, substancji niebezpiecznych, łatwopalnych, wybuchowych, innych surowców czy mikroorganizmów wykorzystywanych w ramach projektu – niezbędnych do realizacji projektu, których na dzień składania dokumentów Wnioskodawca nie posiada

(Nazwa, Nr karty charakterystyki, ilość, pochodzenie (zakupione czy przygotowywane we własnym zakresie), Warunki przechowywania, Rodzaj i pojemność pojemników do przechowywania, Informacje m.in. o: a) dodatkowych zabezpieczeniach jakie należy spełnić w odniesieniu do użytkowania i przechowywania (tj. opakowania, wentylacja, temperatura, itp.); b) stosowanej odzieży ochronnej. Informacja o tym czy Wnioskodawca posiada zabezpieczenia dla wymienionych wymagań czy też oczekuje takich zabezpieczeń ze strony zarządzającego przestrzenią)

LP.	Nazwa substancji i nr CAS	MSDS	Zagrożenia							Częstotliwość wykorzystywania substancji w procesach	Magazynowanie w ABox (Jeśli TAK, to czy wymagane są specjalistyczne szafy, pojemniki itp. i czy Wnioskodawca jest w ich posiadaniu)
											
		<input type="checkbox"/> Jest <input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stale: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Okazjonalnie Ilość/częstotliwość: _____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Nie wymagane <input type="checkbox"/> Wymagane: <input type="checkbox"/> W posiadaniu <input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Jest <input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stale: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Okazjonalnie Ilość/częstotliwość: _____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Nie wymagane <input type="checkbox"/> Wymagane: <input type="checkbox"/> W posiadaniu <input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Jest <input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stale: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Okazjonalnie Ilość/częstotliwość: _____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Nie wymagane <input type="checkbox"/> Wymagane: <input type="checkbox"/> W posiadaniu <input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Jest <input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stale: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Okazjonalnie Ilość/częstotliwość: _____	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK: ilość: _____ <input type="checkbox"/> Nie wymagane <input type="checkbox"/> Wymagane: <input type="checkbox"/> W posiadaniu <input type="checkbox"/> Nie

Uszczegółwienie powyższych informacji, w tym informacje nt. wymaganych środków ostrożności

LP	Opis