|  |  |
| --- | --- |
| Schlüsselausgabe | Register-Nr.: |

Ich bitte um die Ausgabe von  Schlüssel  Transponder/Chip Datum:

Hauszugang:  ja  nein Schlüsselart:  Einzelschl. Gruppenschl.  Hausschl. (GHS)

|  |  |
| --- | --- |
| Gebäude, Geschoss,  Raum-Nr.: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Raumbezeichnung: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Begründung: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Zeitdauer: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Name, Vorname: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Personal-Nr. (ggfs. Anschrift): | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Abteilung und Kostenstelle: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| Rückfragen unter Telefon Nr.: | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Gegen die Ausgabe des beantragten Schlüssels/Transponders bestehen keine Bedenken:**

Bonn, den Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. …………………………………………………. ……………………………

(Klinikdirektor\*in/GB-Leiter\*in/Abteilungsleiter\*in) (Stempel)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dieses Feld bearbeitet die/der Schließbeauftragte | | | | | | |
| Anzahl | Schließanlage | Schlüssel-Art/Nr. | Ausgabe  am: | Schließ-  beauftragter | Rückgabe  am: | Schließ-  beauftragter |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Der Verlust des Schlüssels/Transponders ist unverzüglich der/dem Schließbeauftragten sowie dem GB-6-IMM- Schließ- und Sicherheitsmanagement per GB6-IMM-SSM\_Vorlage\_Schlüsselverlustanzeige zu melden.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die/den o.g. Schlüssel/Transponder erhalten zu haben.**

Bonn, den Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben. ………………………………

(Antragsteller\*in)