

Antrag auf Ausleihe von Schlüssel/Schließmedien

Gebäude: _____
Raum/Räume: _____
Parkberechtigung: Nein Ja Amtl. Kennzeichen: _____
Schlüsselnummer: _____
Zeitraum: _____
Grund für Ausleihe: _____

Angaben zur Antragsteller*in:

Name, Vorname: _____
Straße und Hausnr.: _____
PLZ und Ort: _____
E-Mail (privat): _____
Telefonnummer: _____

Name in Druckbuchstaben und
Unterschrift der
Professor*in/Vorgesetzten*

Name in Druckbuchstaben und
Unterschrift der Dekan*in

Die Schlüssel/Schließmedien sind nach Beendigung der Frist oder wenn der Grund der Ausleihe entfällt unaufgefordert zurückzugeben.

Datum, Unterschrift der Antragsteller*in

Zeiten der Schließmedienausleihe; Geb. 27, Raum 003

- Montag - Freitag: 08:00- 09:00 Uhr und
- Montag - Donnerstag: 13:00- 14:00 Uhr

oder

- nach Vereinbarung per Mail schliessmedienausgabe@verw.hs-fulda.de