

Personalerfassungsbogen für Schlüsselausgabe

Antragsteller/in

* Pflichtfelder

Dienstbez./Titel: * _____ E-Mail-Privat: _____

Nachname: * _____ Telefon: **270** _____

Vorname: * _____ Piepser: **12** - _____

Klinik / Abt. / Bereich: * _____

Arbeitsgruppe: * _____ Vorgesetzte/r: * _____

Zugangsberechtigungsdauer zur ZKF: * _____

Zugangskarte Haupteingang

- Für die Bearbeitung bitte Foto mit **Nachname, Vorname.jpg** an: zkf.verwaltung@uniklinik-freiburg.de

- Bitte Name, Vorname in Betreffzeile angeben.

Bei Verlust der Zugangskarte und der Schlüssel ist die ZKF Verwaltung sofort zu informieren.

Karte ausgegeben: _____ Karte zurückerhalten:
Unterschrift Empfänger

Transponder / Schlüssel für folgende Räume:

Labor - Nr.: * _____

Doktorandenraum HG/1.OG: ja nein Wäschefach / Spind: ja nein

Zusätzliche Funktionsräume

HG - Raum 02.007 – Hypoxie Kammer _____
Kontakt: Prof. Olaf Groß, Tel.: 63097, 63096 Unterschrift Prof Groß

Raum – Nr. _____ Unterschrift ZKF

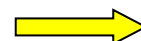
Raum – Nr. _____ Unterschrift ZKF

Raum – Nr.: _____ Unterschrift ZKF

Raum – Nr.: _____ Unterschrift ZKF

Raum – Nr.: _____ Unterschrift ZKF

Genehmigungspflichtige Bereiche / Räume bitte Rückseite beachten!



Für die Ausgabe der Schlüssel in folgenden Bereichen sind zusätzlich die entsprechenden Unterschriften der AG Leiter erforderlich!

ACHTUNG: Für folgende Räume ist ein Unterweisungsformular vorzuweisen!

Isotopenlabor / 1.OG / 02.010

Strahlenquelle / 1.UG / -1.049A

Kontakt: Tel -71816 wolfgang.melchinger@uniklinik-freiburg.de

Räume CEMT

SPF Vorraum (2.BA) Kühlraum 0.014 Mäuseabholung / Gewebeprobenabholung
keine Unterschrift erforderlich

SPF / Schleuse (2.BA)
(nur für CEMT-Mitarbeiter) Tel -52770

Tacke / Cristina Schmitz / Becker

Exp. Tierhaltung (2. BA)
Tel -52770

Tacke / Cristina Schmitz / Becker

Tierhaltung (1. BA)
Tel -52770

Tacke / Cristina Schmitz / Becker

Zugeteilter Tier-Raum: _____

Bis zum: _____

Räume Landwasser

Tierhaltung
Tel -52750

Dr. Cristina Schmitz

Haupteingang (Mieter)
Tel -52750

Dr. Cristina Schmitz

Datum / Unterschrift Antragsteller/in

**Datum / Unterschrift u. Stempel
Vorgesetzte/r - Laborleiter/in**