



Datum des Antrags:

## Formular zur Überwachung von Institutsanlagen

### Gerätedaten

Eindeutige Gerätebezeichnung -  
max. 25 Zeichen-

Gebäudenummer  
Anschrift Institut  
Raum


Anschlussmöglichkeiten am Gerät

- falls nicht bekannt, bitte Dokumentation des Gerätes übersenden -

Datum der gewünschten Scharfschaltung

### Ansprechpartner für die Durchführung der Maßnahme

Name  
Telefonnummer  
Gebäudenummer  
Anschrift  
Raum


### Ansprechpartner im Störfall

- Benachrichtigung erfolgt außerhalb der Regelarbeitszeit 24h/7Tage telefonisch über Pfortner im Altgebäude -

Name	Telefonnummer

-----  
wird von Abt. 34.20 ausgefüllt:

bearbeitet am

Benutzeradressschlüssel

erste Überprüfung (MM/JJ)

