



Berechtigungsschein zur Schlüsselausgabe für das Eltern-Kind-Arbeitszimmer

Name, Vorname

Telefon

Matrikelnummer oder beschäftigt als/am Institut/in Klinik

E-Mail

ist berechtigt, den Schlüssel für das Eltern-Kind-Arbeitszimmer, Raum 3, EG im Gebäude 64 innerhalb des

Nutzungszeitraums vom _____ bis zum _____ auszuleihen,
Datum Datum

Ich verpflichte mich hiermit,

- den Schlüssel nicht an Dritte weiterzugeben,
- den Schlüssel sofort zurückzugeben, wenn ich den Raum nicht mehr nutze, spätestens aber **zum obigen eingetragenen Datum unaufgefordert im Dezernat abzugeben**,
- den Verlust des Schlüssels unverzüglich der Ausgabestelle zu melden.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die Nutzung des Raums inklusive seiner Einrichtungsgegenstände auf eigene Gefahr erfolgt und die Universität zu Lübeck jegliche Haftung ablehnt. Schäden, die durch mich oder mein Kind entstanden sind, melde ich unverzüglich der Hausmeisterei. Die Raumnutzungsrichtlinie habe ich gelesen.

Ort, Datum

X

Unterschrift Antragsteller*in

Hinweis: Das Original erhält das Dezernat „Chancengleichheit und Familie“. Der/ Die Nutzungsberechtigte erhält eine Kopie.

Dezernat Chancengleichheit und Familie:

Nutzung des Raums vorwiegend zu folgenden Zeiten geplant: _____

Schlüssel entliehen am: _____

Anmerkungen: _____

Für die Richtigkeit: _____

X

Unterschrift B. Bernitt

Bitte zurücksenden an das Dezernat „Chancengleichheit und Familie“