

Angaben zur Organisationseinheit

Fakultät / Einrichtung			
Lehrstuhl / Bereich			
Ansprechpartner (Vollständiger Name)		Telefon	

Datendosenanschluss

Gebäude		Raum	
Datendose		Gerät der Datendose	
Nutzer (Vollständiger Name)			
Der Anschluss wird ab folgendem Datum nicht mehr benötigt			

Bestätigung durch Leiter(in) der Fakultät/Fakultätsassistent bzw. Leiter(in) der Einrichtung

Name:	Datum:	Unterschrift:
-------	--------	---------------

Datum:

Unterschrift:

Dieses Formular ist vollständig und elektronisch auszufüllen, handschriftlich zu unterschreiben und an das URMZ weiterzuleiten.