

**Angaben zur Organisationseinheit**

Fakultät / Einrichtung

Lehrstuhl / Bereich

Ansprechpartner  
(Vollständiger Name)

Telefon

**Telefonanschluss**

Gebäude

Raum

Datendose

Tel.-Nummer

Telefon verbleibt im Raum

Telefon geht zurück ins URMZ

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.