

Angaben zur Organisationseinheit

Fakultät / Einrichtung			
Lehrstuhl / Bereich			
Ansprechpartner (Vollständiger Name)			
Email-Adresse		Telefon	

Telefonanschluss

Gebäude		Raum	
freie Datendose		Tel.-Nummer	
Kostenstelle		Amtsberechtigung	
Neues Telefon benötigt			
Ja		Nein	
Art der Nutzung			
Einzelperson		Mehrere Personen	
		Beratungsraum o.ä.	
Anschlussinhaber (Vollständiger Name)			
Benötigt ab:		Benötigt bis: (leer lassen wenn unbefristet)	
Benötigte Datendosen im Raum: (Dosen an die ein Gerät angeschlossen ist/wird)			
Sonstiges:			

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.