



Medizinisches Forschungszentrum  
Schließtransponder - Ausgabeprotokoll

Medizinisches  
Forschungszentrum

20. Mai 2021

Bearbeiterin: Kerstin Gaulke

Tel. +49 (0) 201 723 85723

Kerstin.gaulke@uk-essen.de

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Transpondernummer: \_\_\_\_\_

Bereich / Institut / Klinik: \_\_\_\_\_

Klinik / Institusleitung: \_\_\_\_\_

Mit der Unterschrift verpflichte ich mich, den Schließtransponder nur zu dienstlichen Zwecken zu verwenden, sorgfältig aufzubewahren, und nicht weiterzugeben.

Bei meinem Ausscheiden aus der Universität / dem Universitätsklinikum Essen muss der Transponder, unaufgefordert, oder auf Verlangen unverzüglich zurückgegeben werden. Änderungen! Bitte bei dem Bearbeiter der Bearbeiterin s. O. melden. (z. B. innerhalb der Arbeitsgruppe)

**Der Transponder darf keinesfalls an den/die Nachfolger/in bzw. innerhalb des Arbeitsbereiches weitergegeben werden!**

Ich bin darüber belehrt worden, dass ich nach den gesetzlichen Haftungsgrundsätzen für den Schaden einzustehen habe, der durch den Verlust eines mir ausgehändigten Schließtransponders entsteht.

Die Geltungsdauer der Schließberechtigungen ist begrenzt. Daher muss der Schließtransponder, wenn möglich, regelmäßig aktualisiert werden.

Der Verlust oder Diebstahl des Schließtransponders ist unverzüglich anzuzeigen, damit dieser gesperrt und ein neuer ausgestellt werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_