



Medizinisches Forschungszentrum

Schließtransponder – Ausgabeprotokoll

für Nutzer des



Medizinisches
Forschungszentrum

Bearbeiterin: Kerstin Gaulke

Tel. +49 (0) 201 723 85723

kerstin.gaulke@uk-essen.de

Name: _____

Vorname: _____

E-Mail: _____

Titel: _____

Telefon: _____

Institut: _____

Institutsanschrift: _____

Funktion: _____

Zugangsberechtigung für Schließgruppe

Lichtmikroskopie

Elektronenmikroskopie

IMCES Mitarbeiter

Einverständniserklärung IMCES

Name IMCES Mitarbeiter

Datum

Unterschrift

Mit der Unterschrift verpflichte ich mich...

- den Schließtransponder nur für dienstliche Zwecke zu verwenden,
- den Schließtransponder sorgfältig aufzubewahren,
- den Verlust oder Diebstahl des Schließtransponders unverzüglich anzuzeigen,
- **den Schließtransponder nicht an Dritte weiterzugeben.**

Sobald mein Bedarf an IMCES Services nicht mehr besteht oder auf Verlangen muss der Transponder unverzüglich zurückgegeben werden. **Er darf keinesfalls an andere Personen weitergegeben werden!** Sämtliche personellen Änderungen bitte unverzüglich melden

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

Die Geltungsdauer der Schließberechtigungen ist begrenzt. Diesen Zeitraum muss ich selbst im Auge behalten.

Transpondernummer

Datum

Unterschrift Nutzer