Organisation

Anschrift (optional)

Schlüsselquittung

Protokoll-Nr. | Ort | Datum | Uhrzeit

Mitarbeiter*in

Name | Personalnummer (optional)

Abteilung / Standort

Ausgegeben von

Name | Funktion

Schlüssel und Medien

Bezeichnung	Schlüssel-/Transpondernummer	Schließbereich	Anzahl

Ausgabe

Ausgabedatum | Eintrittsdatum (optional)

Muster aus der Praxis, ohne Gewähr. Für Ihren Einzelfall ersetzt es keine Rechtsberatung.

Bestätigung

Ich habe die oben aufgeführten Schlüssel erhalten. Ich gebe sie nicht an Dritte weiter, lasse keine Kopien anfertigen und melde einen Verlust unverzüglich der ausgebenden Stelle. Bei Ende meiner Tätigkeit, bei einem Wechsel des Arbeitsbereichs oder auf Aufforderung gebe ich die Schlüssel vollständig zurück.

Mitarbeiter*in

Unterschrift

Name

Ort, Datum

Ausgegeben von

Unterschrift

Name

Ort, Datum

Rückgabe

Rückgabe am

Vollständig zurück

◯ Ja ◯ Nein

Fehlende Schlüssel

Bemerkung

Rückgabe durch

Unterschrift

Name

Ort, Datum

Rücknahme durch

Unterschrift

Name

Ort, Datum

Muster aus der Praxis, ohne Gewähr. Für Ihren Einzelfall ersetzt es keine Rechtsberatung.