Organisation

Anschrift (optional)

Schlüsselübergabeprotokoll

Protokoll-Nr. | Ort | Datum | Uhrzeit

Übergebende Seite

Name | Funktion / Firma

Empfangende Seite

Name | Firma / Organisation

Telefon (optional) | ☐ Identität geprüft

Anlass

Anlass der Übergabe

Schlüssel

Bezeichnung / Nr.	Objekt / Bereich	Schließanlage	Anzahl	Zustand / Bemerkung

Rückgabe vereinbart

Rückgabe bis (Datum) | Uhrzeit | ☐ unbefristet

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

Vereinbarung

Die empfangende Person bestätigt den Erhalt der oben aufgeführten Schlüssel. Sie gibt die Schlüssel nicht an Dritte weiter, fertigt keine Kopien an und bewahrt sie sicher auf. Ein Verlust wird der übergebenden Stelle unverzüglich gemeldet. Die Schlüssel werden spätestens zum vereinbarten Termin vollständig zurückgegeben.

Übergebende Person

Unterschrift

Name

Ort, Datum

Empfangende Person

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.