

Anforderung an die
**Wissenschaftliche
Werkstatt**

Auftrags NR.:

Datum: _____



Wissenschaftliche Werkstatt

Büro Tel.: 89174, Fax: 82660

Werkstatt Tel.: 89155

E-mail: ahonne@ukaachen.de

www.medizin.rwth-aachen.de/wiss-werkstatt

Klinik/Institutsstempel

Anfordernde/s Klinik/Institut: _____

Zeichnungsberechtigter: _____

Unterschrift: _____ , Kostenstelle: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr.: _____ E-Mail: _____

Gegenstand der Arbeit:

Mitgebrachte Geräte bitte nur gereinigt und desinfiziert abgeben!!!

Von der Werkstatt auszufüllen:

Beginn der Arbeit: _____

Arbeitszeit: _____