



**Universitätsklinikum  
Regensburg**

Anfordernde Stelle : \_\_\_\_\_

Benutzer: \_\_\_\_\_ Kostenstelle: \_\_\_\_\_

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

Datum, Unterschrift  
Bestellberechtigter \_\_\_\_\_

***Abruf von EDV-Geräten und Software im Klinikum (nur an DV-med)***

Pos.	Gegenstand, Ausstattung, Netz, Betriebssystem Benutzer, Aufstellungsort, Telefon	Preis laut Angebot/Preisliste	Preis laut Rechnung	Anlagennummer	Gerätenummer	L
1	Artikel Benutzer _____ Aufstellungsort _____ Telefon _____					
2	Artikel Benutzer _____ Aufstellungsort _____ Telefon _____					
3	Artikel Benutzer _____ Aufstellungsort _____ Telefon _____					
4	Artikel Benutzer _____ Aufstellungsort _____ Telefon _____					
5	Artikel Benutzer _____ Aufstellungsort _____ Telefon _____					
6	Artikel Benutzer _____ Aufstellungsort _____ Telefon _____					

<b>I. DV-Med. Fachliche Prüfung</b>  _____ Datum, Unterschrift	<b>II. Abteilung KII</b> Auftrags-NR: _____ Firma: _____ Bestellt am: _____ Bearbeiter _____  _____ Datum, Unterschrift	<b>III. Abteilung KIV</b> Kostenanschlagsnummer: _____  Aufwandskonto: _____  _____ Datum, Unterschrift
---	---	---

Überprüfen Sie bitte bei Erhalt der hiermit bestellten Geräte sofort die richtige

Lieferung. Spätere Reklamationen können nicht anerkannt werden!

Die richtige Lieferung bestätigt: \_\_\_\_\_