



# Antragsformular URMZ

Antrag für Beschaffung

Version 1.3

## Bemerkungen

Dieser Antrag ist mit Namen in Druckschrift und Unterschrift vom Mittelverantwortlichen zu versehen und an das URMZ weiterzuleiten.

| Lfd Nr. | Gerät | Nutzer | Gebäude | Raum Nr. (Tür) | Bemerkung / unief Nr. | Preis in € (brutto) |
|---------|-------|--------|---------|----------------|-----------------------|---------------------|
| 1       |       |        |         |                |                       |                     |
| 2       |       |        |         |                |                       |                     |
| 3       |       |        |         |                |                       |                     |
| 4       |       |        |         |                |                       |                     |
| 5       |       |        |         |                |                       |                     |
| 6       |       |        |         |                |                       |                     |
| 7       |       |        |         |                |                       |                     |
| 8       |       |        |         |                |                       |                     |
| 9       |       |        |         |                |                       |                     |
| 10      |       |        |         |                |                       |                     |
| 11      |       |        |         |                |                       |                     |
| 12      |       |        |         |                |                       |                     |
| 13      |       |        |         |                |                       |                     |
| 14      |       |        |         |                |                       |                     |
| 15      |       |        |         |                |                       |                     |

## Angaben zur Organisationseinheit

|                          |  |         |  |          |  |
|--------------------------|--|---------|--|----------|--|
| Fakultät / Professur     |  |         |  |          |  |
| Lehrstuhl / Bereich      |  |         |  |          |  |
| Ansprechpartner*in       |  | Telefon |  | Postfach |  |
| Kostenstelle (6-stellig) |  |         |  |          |  |
| Mittelherkunft           |  |         |  |          |  |

Mittelverantwortliche\*r:

|        |       |               |
|--------|-------|---------------|
| Datum: | Name: | Unterschrift: |
|--------|-------|---------------|

Dieses Formular ist vollständig und elektronisch auszufüllen, handschriftlich zu unterschreiben und an das URMZ weiterzuleiten.