

Antrag auf Aussonderung von Geräten / technischen Anlagen / Mobilien  
(bitte ausfüllen und an den CFM-ServiceDesk FAX: 450 7575937)

**Angaben zum Bereich**

Org. Einheit / Kostenstelle: \_\_\_\_\_  
 Bearbeiter / Telefon: \_\_\_\_\_  
 Gerät (Bezeichnung): \_\_\_\_\_  
 Inventarnummer: \_\_\_\_\_  
 Standort: \_\_\_\_\_

**Das genannte Gerät wird nicht mehr benötigt weil:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Termin**

kann sofort erfolgen  
 kann erfolgen am: \_\_\_\_\_

**sonstige Hinweise:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Soll der Transport beauftragt werden?  ja  nein

**Unterschriften**

Kst.-Verantwortlicher: Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_  
 KCL / Leitung: Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

**Bearbeitung durch CFM / GB-IT**

Restbuchwert: \_\_\_\_\_ € Restnutzungsdauer: \_\_\_\_\_  
 Aussonderung befürwortet?  ja  nein  
 Verschrottung  Einlagerung ins Lager Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 CFM: Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_  
 oder  
 GB-IT: Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

**Zustimmung bei Restbuchwert ab:**

**2000,- €**

GB-Leiter/in Technik/Betriebe

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

**10.000,- €**

Klinikumsdirektor/in / Dekan/in

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

**Bearbeitung durch Anlagenbuchhaltung**

Anlagen-Nr.: \_\_\_\_\_

Abgangsart: \_\_\_\_\_

V: Vollabgang AHK  
(= Normalfall)  
 M: Mengenmäßiger Abgang  
 A: Teilabgang AHK  
 P: Prozentualer Abgang

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Restbuchwert überprüft: \_\_\_\_\_ €

Bezugdatum (TT.MM.JJ): \_\_\_\_\_

Anlagenabgang gebucht mit Belegnummer:

\_\_\_\_\_

Unterschrift durch die Anlagenbuchhaltung:

\_\_\_\_\_