



Universität Rostock | Universitätsbibliothek  
18055 Rostock, Schwaansche Str. 3b

## Verlustmeldung Schrankschlüssel

Name, Vorname

---

Bibliotheksausweisnummer:

---

Schließfachnummer:

---

Ich erkläre mich bereit, bei Nichtauffinden des Schlüssels bis zum \_\_\_\_\_ (max. eine Woche)

die Kosten für den Ersatz in Höhe von 15 € zu zahlen.

Inhalt Schließfach:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Mitarbeiter:in

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Benutzer:in