



ANTRAG AUF ABSCHALTUNG EINER LÖSCHANLAGE

Hinweis: Den ausgefüllten Antrag senden Sie bitte mindestens eine Woche vor dem vorgesehenen Abschalttermin an das IT-Servicezentrum: **Fax :+49 561 804-2828 E-Mail: BMA@uni-kassel.de**

1. Antragsteller / Ausführendes Unternehmen

| | |
|---|------------------------|
| Name, Vorname | Telefon / Mobiltelefon |
| Firma / Fachbereich / Abteilung | |
| E-Mail-Adresse | |
| Ansprechpartner und verantwortliche Person vor Ort | |
| Name, Vorname | Mobiltelefon |

2. Auftraggeber der Universität Kassel

| | |
|-------------------------|---------|
| Name, Vorname | Telefon |
| Abteilung / Fachbereich | |
| E-Mail-Adresse | |

3. Art, Bereich und Dauer der Arbeiten

| | | | |
|--|---|--------------------------------------|------------------------------------|
| Arbeitsort / -stelle | | | |
| Standort | Gebäude | Etage | Raum / Bereich |
| Grund für die Abschaltung / Art der Tätigkeit: | | | |
| Dauer der Arbeiten | | | |
| Von (Datum / Uhrzeit) | | Bis (Datum / Uhrzeit) | |
| Art der Löschanlage | | | |
| <input type="checkbox"/> Sprinkleranlage | <input type="checkbox"/> Gaslöschanlage | <input type="checkbox"/> Wandhydrant | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

4. Hinweise

Bei feuergefährlichen Arbeiten ist der Erlaubnisschein für feuergefährliche Arbeiten zu beachten! Eine Brandwache ist durch den Antragsteller zu stellen!
Die Abschaltzeiten sind im Regelfall Montag bis Donnerstag von 7:45 bis 16:00 Uhr und Freitag von 7:45 bis 13:30 Uhr. Arbeiten zu anderen Zeiträumen, an Samstag, Sonntag, Feiertagen bitte gesondert vermerken und absprechen!

5. Erklärung des Antragstellers

Der Unterzeichnende erkennt an, dass ihn die Abschaltung nicht von seiner Sorgfaltspflicht befreit. In dieser Zeit übernimmt der Antragsteller über den abgeschalteten Bereich die Brandwache. Die brandmeldeauslösenden Arbeiten müssen rechtzeitig vor Zuschaltung der Löschanlage beendet werden.

Mit den Arbeiten darf erst nach Rücksprache mit dem IT-Servicezentrum begonnen werden. (+49 561 804-5511)

Name, Datum und Unterschrift des Antragstellers _____

6. Bearbeitung IT-Servicezentrum

| | |
|---|--------------|
| Vermerk / Bemerkung | |
| Information an HKLS-Werkstatt erfolgt: <input type="checkbox"/> Per Fax: 804 3888 | |
| Datum | Unterschrift |