

Offener Kanal Lübeck
Kanalstr. 42-48
23552 Lübeck
Tel. 0451-705002
Fax. 0451-73409

NutzerInnen-Nr. _____

Leihschein für den Hörkoffer

Vorname, Name der/des Verantwortlichen	Vorname, Name der/des NutzerIn	Der Hörkoffer wird am _____
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	PLZ, Wohnort	um _____
Telefon-Nr. privat: dienstl.:	Telefon-Nr. privat: dienstl.:	Uhr zurückgegeben.

Der Hörkoffer wird für folgende Schule/ Einrichtung/ Organisation ausgeliehen:

Hiermit bestätige ich, die umseitig genannten CD's und MC's in einwandfreiem und unbeschädigtem Zustand für die medienpädagogische Verwendung erhalten zu haben. Ich verpflichte mich, den Koffer in einwandfreiem Zustand und in ordentlicher Sortierung des Inhalts nach rückseitiger Liste zurückzugeben und Beschädigungen unverzüglich dem Offenen Kanal Lübeck mitzuteilen.

Lübeck, den _____

Unterschrift _____

Nur von den MitarbeiterInnen auszufüllen:

Ausgabedatum:	Rückgabedatum:
Handzeichen MA:	Handzeichen MA:

Offener Kanal Lübeck, Kanalstr. 42-48, 23552 Lübeck
Tel. 0451-705002, Fax. 0451-73409

