



Antrag für die Zutrittsberechtigung für Betäubungsmittelschrank / Schublade.

Name / Vorname: _____

UZH-Kartenummer
(Rückseite): _____

Dept. / Inst. : _____

Zugang zu folgenden Betäubungsmittelschränken / Schubladen*:

* nur mit den offiziellen UZH Bezeichnungen, jeder Schrank / Schublade separat aufführen!

Datum des Antrages: _____

Name in Blockschrift Antragsteller* Institut

Unterschrift

Genehmigung durch Apotheke Tierspital
Name in Blockschrift

Unterschrift

→ Nach Erhalt der Unterschriften dieses Formular an: key@vetadm.uzh.ch