

Antrag zum Bezug einer korrigierten Schutzbrille

Formular

Einsatzgebiet Labor Werkstatt**Antragsteller / Antragstellerin**

Vorname, Name: _____

Institut / Bereich: _____

Adresse intern: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Der Antragsteller / die Antragstellerin ist für mindestens ein Jahr an der ETH beschäftigt:
(Voraussetzung für den Bezug einer korrigierten Schutzbrille) ja nein

Datum: _____

Kostenbeteiligung durch Organisationseinheit des Antragstellers / der Antragstellerin

Fonds (F) _____

Kostenstelle (Leitzahl) _____

Sachkonto _____

Vorname, Name des Fondsberechtigten: _____

 Ich bescheinige hiermit, den Fondsberechtigten über den Antrag in Kenntnis gesetzt zu haben und dessen Bewilligung erhalten zu haben.**Antrag stellen:**Ausgefüllter Antrag via E-Mail an cabs@ethz.ch (s. Schaltfläche oben rechts)

durch Antragsteller / Antragstellerin auszufüllen

Bewilligung des Antrags durch SGUAntrag bewilligt: ja nein

Datum: _____

Die Gültigkeit der Bewilligung ist auf 30 Tage ab
Bewilligungsdatum begrenzt.

Stempel und Unterschrift SGU

Verrechnung

Kosten: CHF _____

Kosten-Übernahme durch _____

 Betrag Org.einheit: CHF _____ Betrag SGU: CHF _____ Verrechnung erfolgt. Datum, Visum SGU: _____

durch SGU auszufüllen