**ÜBERNAHMEBESTÄTIGUNG von SCHUTZMASKEN**

Ich, (Name der AssistentIn) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, SV-Nummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, bestätige am (Datum) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ einen Mund-Nasenschutz von Frau / Herrn (Name AssistenzgeberIn) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, wohnhaft in (Straße / PLZ / Ort) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ erhalten zu haben.

Durch die Übergabe bestätige ich, die Reinigung dieses selbst zu übernehmen und ihn im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zu verwenden.   
Ich bin über die maximale Verwendungsdauer   
(z.B. FFP 2 Maske 6 Stunden) in Kenntnis gesetzt worden.

(Name und Unterschrift AssistentIn)