

# 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)