

# Reinigung aller Gegenstände lt. Reinigungsplan

z.B. Theke, Kaffeemaschine, Oberflächen, Gläser, usw.

Service Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Betrieb: \_\_\_\_\_

Betriebsbereich: \_\_\_\_\_

Verantwortlicher: \_\_\_\_\_

Stand/Datum:    |    |    | / | 2 |    |    |    |

zu reinigender Gegenstand	Produktkategorie als Oberbegriff	Produktname	Einwirkzeit/ Dosierung	Frequenz	Verantwortlich

	Datum, Unterschrift _____	Firmenstempel
---	---------------------------	---------------

