Reinigung aller Gegenstände lt. Reinigungsplan

z.B. Fußböden, Wände, Toiletten, Urinale, Waschbecken, usw.

Service Telefon-Nr.

Betrieb:

Betriebsbereich:

Verantwortlicher:

Stand/Datum: / 2

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

Datum, Unterschrift

Firmenstempel

Toilette

Reinigungsplan

Reinigung lt. Reinigungsplan
mind. 1x täglich

Betrieb:

Etage/Raum:

☐ Damentoilette ☐ Herrentoilette

Monat/Jahr: / 2

Datum	Zeit	Unterschrift	Zeit	Unterschrift

Service Telefon-Nr.

Datum, Unterschrift

Firmenstempel

Toilette

Dokumentation