|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name Gruppenverantwortliche/r** | **Datum; Uhrzeit(von xx bis yy)** | **Nutzung; Personenzahl** | **Erledigte Aufgaben** |
| A.Koep | 1.07.202019:00 - |  | Alle Desinfektionsreinigungen erledigt.Querlüften erledigt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |