|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name  Gruppenverantwortliche/r** | **Datum; Uhrzeit (von xx bis yy)** | **Nutzung; Personenzahl** | **Erledigte Aufgaben** |
| A.Koep | 1.07.2020 19:00 - |  | Alle Desinfektionsreinigungen erledigt.  Querlüften erledigt |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |