

Qualitätskontrollblatt

Gebäudereinigung in den Objekten der Stadtreinigung Leipzig

Tag der Kontrolle: _____

Objekt: _____

Name Verantwortlicher: _____

Name Mitarbeiter: _____

Etage	Bereich	Gegenstand der Kontrolle	Bewertung des Reinigungszustandes (1, 2, 3)*	Maßnahme bei Mängeln (Bewertung 3)* mit Terminstellung	Mängel abgestellt (Unterschrift AG/Datum)

Datum/Unterschrift Objektverantwortlicher (AG) / Stempel der Einrichtung

Datum/Unterschrift Verantwortlicher (AN)

* 1 = Reinigungsleistung besser als vereinbart, 2 = Reinigungsleistung exakt erfüllt, 3 = mangelhafte Reinigungsleistung