

Qualitätskontrolle durch Dienstleister

Quartal ____ / Jahr ____

Objekt: _____ Firma: _____ Objektleiter: _____

	1	2	3	4	Festgestellte Mängel	Gebäudeteil / Etage / Raum	Maßnahmen
Verkehrsflächen	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
Nutzflächen / Räume	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
Sanitärbereich	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
Personal / Arbeitskleidung / Ausweise / Reinigungsplan	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
Putzkammer / Reinigungsmaterial	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
	☐	☐	☐	☐			
1 = gut; 2 = ausreichend; 3 = leichte Mängel; 4 = schwere Mängel (ankreuzen)							

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

Datum / Unterschrift Kontrolleur

Datum / Unterschrift Geschäftsleitung

Datum / Unterschrift Objektverantwortlicher