Betriebstechnische Bestimmungen (Stand: 01.07.2024)

1. Tägliche Meldung bei der **Servicesteuerung (Haus 16)** der Medizinischen Universität Lausitz – Carl Thiem (MUL-CT)

- Name der Firma und Gewerk
- Anzahl der Mitarbeiter, die zur Leistungserbringung tätig sind
- Ort der Leistungserbringung (Haus, Ebene, Raum, Anlage)
- Zeitdauer der Leistungserbringung
- Vorlage des Auftrages

2. Beantragung der Abschaltung von Brandmeldern bzw. Meldergruppen

- Alle Arbeiten, die das Auslösen eines Automatikmelders verursachen können, sind vor Arbeitsbeginn zu beantragen.
- Ein verantwortlicher Mitarbeiter zur Ausführung dieser Arbeiten ist zu benennen.
- Dieser Mitarbeiter meldet die Beendigung der Arbeiten und beantragt die Wiederinbetriebnahme des Melders bzw. der Meldergruppe unverzüglich.
- Bei Abschaltung der Überwachung obliegt die Gefahrenabwehr dem verantwortlichen Mitarbeiter.
- Beantragte Abschaltungen der Rauchmelder werden werktäglich, wenn nicht anders vereinbart, vor Dienstende Servicesteuerung ab 17:30 Uhr wieder aktiv geschalten. Dies entbindet nicht die grundsätzliche Beantragung der Wiederinbetriebnahme durch den Auftragnehmer. Es findet hierbei nicht die verantwortliche Übernahme der Gefährdung durch die MUL-CT statt.

3. Verhalten auf dem Universitätsgelände

- Beachtung der Brandschutzordnung, Hausordnung
- Es darf nur mit Sondergenehmigung geparkt werden
- Freihalten der Feuerwehrzufahrten
- Allgemeines Alkohol- und Rauchverbot
- Berücksichtigung des Krankenhausbetriebes (Lärm und Schmutz vermeiden, Abstimmungen mit Nutzern, Beachtung der Hygiene)

Der Auftragnehmer haftet für die Einhaltung der gesetzlichen, polizeilichen, brandschutz- und betriebstechnischen Bestimmungen, der Unfallverhütungsvorschriften und die Schutzmaßnahmen zur Sicherung der Baustelle und des Betriebes. Setzen Sie für die Erfüllung des Auftrages Nachunternehmer ein, sind auch diese über die betriebstechnischen Bestimmungen zu informieren. Die Verantwortung für die Einhaltung der Regeln trägt der Unterzeichner.

Prof. Dr. Eckhard Nagel
Vorstandsvorsitzender/Vorstand Krankenversorgung

Firma: _____ _____ _____

Datum Unterschrift Stempel