



POWIATOWA I MIEJSKA BIBLIOTEKA PUBLICZNA "BIBLIOTEKA  
POD ATLANTAMI" W WAŁBRZYCHU

Numer karty

**Dane użytkownika Biblioteki** (wypełniać czytelnie)

Nazwisko i imię:

**Oświadczam,**

że mieszkam pod adresem (adresami), pod które należy kierować korespondencję  
(miejscowość, ulica, nr domu, kod pocztowy):

PESEL:

Telefon:

*Podając numer mojego telefonu komórkowego wyrażam zgodę na powiadamianie oraz aktywowanie usługi konta czytelniczego przez telefon komórkowy.*

E-mail:

*Podając mój adres e-mail, wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji o nowościach, rezerwacjach itp.*

Właściwe zaznaczyć:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> uczeń              | <input type="checkbox"/> rolnik              |
| <input type="checkbox"/> student            | <input type="checkbox"/> inne zatrudnienie   |
| <input type="checkbox"/> pracownik umysłowy | <input type="checkbox"/> niezatrudniony(ona) |
| <input type="checkbox"/> pracownik fizyczny |  |

Zobowiązuję się do powiadamiania Biblioteki o każdorazowej zmianie miejsca zamieszkania i innych podanych wyżej danych, w terminie 30 dni od dokonania tej zmiany.

Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z Regulaminem korzystania z Biblioteki i przyjmuję odpowiedzialność za jego przestrzeganie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do danych statystycznych Biblioteki i ewentualnych roszczeń prawnych za niezwrócone materiały biblioteczne. Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie wglądu do moich danych oraz do ich zmiany lub usunięcia.

**Oświadczam, że uprzedzony(a) o odpowiedzialności potwierdzam, że powyższe dane są prawdziwe.**

Data i czytelny podpis

Potwierdzam, że zapoznałem(łam) się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych w Bibliotece, zapisaną w Klauzuli informacyjnej zgodnej z RODO.

Data i czytelny podpis