



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

Numer karty

Dane niepełnoletniego użytkownika Biblioteki

(wypełniać czytelnie)

Nazwisko i imię opiekuna:

Oświadczam,

że jestem prawnym opiekunem użytkownika *(nazwisko i imię dziecka)*:

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

PESEL
dziecka:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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:

- dziecko (do rozpoczęcia nauki w szkole) uczeń

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 powyższych 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.

Data i czytelny podpis