Informationszentrum Lebenswissenschaften

ZB MED

ZB MED – Informationszentrum Lebenswissenschaften

Antrag auf Ausstellung eines Bibliotheksausweises

Postanschrift: ◯ Dr. ◯ Privatdoz. Dr. ◯ Prof. Dr.

Name:

Vorname:

Geb.-Datum: ◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers

Straße, Hausnr.:

Postleitzahl: Ort:

Matrikelnr.:

Nationalität:

E-Mail:

Erstwohnsitz (falls nicht mit obiger Anschrift übereinstimmend)

Straße, Hausnr.:

Postleitzahl: Ort:

Ich willige ein, dass die aufgeführten Daten für die Abwicklung der Ausleihverbuchung maschinell verarbeitet werden. Ihre Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben. Der Benutzungsausweis ist nicht übertragbar. Die Benutzungsordnung erkenne ich an.

Ort **Datum** **Unterschrift**

Der Antrag ist vollständig, wenn Sie uns die beidseitige Kopie/Scan/Foto Ihres gültigen Personalausweises (oder eines der hier aufgeführten Dokumente) beigefügt bzw. vorgezeigt haben.

(Wird von der Bibliothek ausgefüllt)

Bibliotheksausweisnummer:

◯ **Korrektur gelesen von**

pdf speichern