

Anmeldung für Institutionen in der Stadtbibliothek Stralsund

Institution

Straße PLZ / Ort

Telefon Email-Adresse dienstlich

Name, Vorname 1. berechtigter Mitarbeiter

Name, Vorname 2. berechtigter Mitarbeiter

Name, Vorname 3. berechtigter Mitarbeiter

Name, Vorname 4. berechtigter Mitarbeiter

Hiermit bestätige ich, dass der/die Mitarbeiter/in für den Dienstgebrauch Medien aus der Stadtbibliothek benötigt. Der/Die Mitarbeiter/in verpflichtet sich, den Ausweis nur für den Dienstgebrauch zu nutzen

Datum, Unterschrift u. Stempel der Einrichtung

Bibliotheksausweisnummer:
(wird von den Bibliotheksmitarbeitern ausgefüllt)
