

Anmeldung für Minderjährige



- Bitte in Druckschrift ausfüllen! -

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ männlich weiblich divers

PLZ, Wohnort _____

Straße, Hausnummer _____

Ausleihhistorie speichern gewünscht* ja nein

Telefonnummer* _____ E-Mail* _____

** freiwillige Angabe*

Angaben eines Erziehungsberechtigten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ männlich weiblich divers

PLZ, Wohnort (falls abweichend) _____

Straße, Hausnummer (falls abweichend) _____

Telefonnummer* _____ E-Mail* _____

** freiwillige Angabe*

Ich erkenne die Satzung, die Benutzungsbedingungen und die Entgeltordnung der Stadtbibliothek Stralsund an und übernehme die Haftung im Schadensfall sowie die Begleichung sämtlich anfallender Entgelte für das oben genannte Kind.

Ich erteile meine Einwilligung, dass die vorstehenden Daten in der Stadtbibliothek Stralsund auf Grundlage der Datenschutzgrundverordnung elektronisch gespeichert und verarbeitet werden. Die Informationen zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Datum

Unterschrift