

Antrag auf Ausstellung eines Bibliotheksausweises

Bibliothek/Medienzentrum

Asklepios Campus Hamburg

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email: _____

Geb.-Datum _____

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Benutzungs- und Entgeltordnung der Bibliothek des Asklepios Campus Hamburg an.

Datum

Unterschrift

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich einverstanden, dass die genannten personenbezogenen Daten im elektronischen Bibliotheksverwaltungssystem der Bibliothek des Asklepios Campus Hamburg ausschließlich zu Zwecken der Ausleihverwaltung gespeichert und verarbeitet werden.