

Wojewódzka Biblioteka Publiczna im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Łodzi

Numer karty bibliotecznej  
(wypełnia pracownik Biblioteki)

**KARTA ZAPISU**

**Dane identyfikacyjne**

1. Nazwisko i imię\*.....

2. PESEL\*.....

3 Adres zamieszkania\*

kod pocztowy

miejsowość

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ulica

nr domu

nr mieszkania

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

4. Adres do korespondencji\* (jeżeli  
inny niż adres zamieszkania)

kod pocztowy

miejsowość

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

ulica

nr domu

nr mieszkania

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

1A. Nazwisko i imię rodzica lub opiekuna prawnego\* (**zapis osoby niepełnoletniej**)

.....

5. Informacje na potrzeby statystyki bibliotecznej (proszę zaznaczyć znakiem „X” odpowiednią rubrykę)

a) Osoba ucząca się

b) Osoba pracująca

c) Osoba inna niż wymieniona w a), b)

Data urodzenia .....

\* Dane obowiązkowe

**Dane kontaktowe**

6. Telefon kontaktowy

7. e-mail\*\*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

\*\* Jeżeli chcesz otrzymywać powiadomienia o zbliżającym się terminie zwrotu wypożyczonych zbiorów i monitu w przypadku, gdy termin został przekroczony, wpisz swój adres e-mail.

**Stwierdzam, że regulamin korzystania z Biblioteki jest mi znany  
i zobowiązuję się do jego przestrzegania.**

.....  
Data

.....  
Podpis czytelnika / rodzica lub opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przechowywanie historii moich wypożyczeń, na wypadek gdybym zapomniał/-a, czy daną książkę czytałem/-am już w przeszłości.

Zgoda ta jest w pełni dobrowolna i można ją cofnąć w każdej chwili, bez wpływu na zgodność z prawem przechowywania danych do czasu cofnięcia zgody.

Brak tej zgody spowoduje, że bibliotekarz nie będzie mógł udzielić informacji, które książki czytałem/-am w przeszłości.

TAK

NIE

.....  
Data

.....  
Podpis czytelnika / rodzica lub opiekuna prawnego

Oświadczam, że otrzymałem/-am od bibliotekarza klauzulę informacyjną o zasadach przetwarzania moich danych osobowych przez Wojewódzką Bibliotekę Publiczną im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Łodzi.

.....  
Data

.....  
Podpis czytelnika / rodzica lub opiekuna prawnego