



Anmeldeformular/ Library Registration Form

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN SCHREIBEN/ PLEASE USE BLOCK LETTERS

0	0	0	9						
---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

Befristet bis:

Name/Surname: _____

Vorname/First name: _____

Titel/Academic titel: _____

Geburtsdatum/ Date of birth: _____

E-Mail Adresse/E-mail address: _____

**UNI-ANGEHÖRIGE: NUR UNI-MAIL ANGEBEN,
GREIFSWALD STAFF MEMBERS: YOUR UNIVERSITY E-MAIL ADDRESS ONLY**

Adresse:

Straße/Street: _____

PLZ, Ort/Postcode, City: _____

Telefonnummer/Telephone: _____

Dienstanschrift /Work Address (Mitarbeiter/Staff members of university):

Institut/Klinik: _____

Straße/Street: _____

PLZ, Ort/Postcode, City: _____

Erklärung

Die Benutzungsordnung der Universitätsbibliothek Greifswald erkenne ich für mich verbindlich an. Mit der Erhebung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten im Rahmen der Benutzung der Universitätsbibliothek Greifswald bin ich einverstanden.

Declaration

I accept the library regulations of the University Library of Greifswald. I consent to the collection of my personal data for means of participation in the University Library of Greifswald.

Greifswald, den/Date: _____ Unterschrift/Signature: _____

NICHT AUSFÜLLEN / NOT FILL IN

☐ 10 Wissenschaftler/in (mit Kurier)	☐ 11 Wissenschaftler/in	☐ 20 Student/in
☐ 30 sonstige Mitarbeiter/in der Universität	☐ 40 UB-Mitarbeiter/in (dienstlich)	
☐ 50 sonstige Nutzer/in,	☐ 55 ehemalige Uni-Mitarbeiter/in	
☐ Einwilligungserklärung des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen liegt vor.		
angemeldet: Datum:		Unterschrift Mitarbeiter/in:
abgemeldet: Datum:		Unterschrift Mitarbeiter/in: