

Łódź, dn.

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr legitymacji / karty bibliotecznej)

Oświadczenie

Wyrażam chęć korzystania ze zbiorów i zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu Biblioteki Politechniki Łódzkiej / Centrum Informacyjno-Bibliotecznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*.

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych Bibliotece Politechniki Łódzkiej / Centrum Informacyjno-Bibliotecznemu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi* (w następującym zakresie: imię i nazwisko, dane adresowe, adres e-mail, numer telefonu, PESEL, numer karty/legitymacji studenckiej, kategoria czytelnika) oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez ww. instytucję zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r. poz. 922 z późn. zm.) w celu korzystania z księgozbioru ww. instytucji a także w celach statystycznych.

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić