

Jaworzno, dnia.....

(pieczęć placówki bibliotecznej)

REWERS

imię nazwisko.....

Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
.....

Nr PESEL..... oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią **REGULAMINU UDOSTĘPNIANIA TABLETÓW, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania jego postanowień.**

Oświadczam, że dnia udostępniono mi w Miejskiej Bibliotece Publicznej w Jaworznie, sprawnie funkcjonujący tablet (nr ewidencyjny).....

Zobowiązuję się do zwrotu do godz.....

.....
data i podpis Czytelnika

Miejska Biblioteka Publiczna w Jaworznie
Dział Multimedialny
tel.: 32 7519192 wew. 227
e-mail: multimedia@biblioteka.jaw.pl

(pieczęć placówki bibliotecznej)

POTWIERDZENIE ZWROTU

Potwierdzam zwrot do Działu Multimedialnego - Miejskiej Biblioteki Publicznej w Jaworznie, tabletu (nr ewidencyjny).....

Tablet został zwrócony w stanie:

- 1) nieuszkodzonym
- 2) Uszkodzonym w następujący sposób:

.....
.....
.....
.....

.....
data i podpis czytelnika

.....
data i podpis pracownika Biblioteki