

UWAGA – DRUK WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Głogów, dnia

**ZOBOWIĄZANIE
NIEPEŁNOLETNIEGO**

Nazwisko i imię dziecka

Grupa statystyczna X |__| osoba ucząca się |__| inne

Data urodzenia PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

E-mail
[pole nieobowiązkowe]

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Nazwisko i imię

Adres do korespondencji

Data urodzenia PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

E-mail Telefon
[pole nieobowiązkowe] [pole nieobowiązkowe]

Ja, jako rodzic/opiekun prawny przyjmuję pełną odpowiedzialność za wywiązanie się z wyżej wymienionego ze zobowiązań wobec Miejskiej Biblioteki Publicznej im. Galla Anonim w Głogowie (zwrot zbiorów i rozliczenia finansowe). Oświadczam, że znam treść **regulaminu** korzystania z usług biblioteki i zobowiązuję się do jego przestrzegania, oraz że przeczytałam/em **Klauzulę Informacyjną** o ochronie danych osobowych.

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wyżej wymienionego (w tym m.in.: imię i nazwisko, adres, e-mail, telefon i inne dane kontaktowe, PESEL, aktywność biblioteczna, wypożyczenia, kary i opłaty) przez: **Miejska Biblioteka Publiczna im. Galla Anonima w Głogowie, ul. Jedności Robotniczej 15 67 - 200 Głogów**, w zakresie korzystania z usług biblioteki w tym z ewidencji udostępniania zbiorów, kontroli terminowości zwrotów i naliczania należności zgodnie z Regulaminem korzystania z usług Miejskiej Biblioteki Publicznej im. Galla Anonima w Głogowie oraz na otrzymywanie korespondencji pocztowej i/lub e-mail związanej z realizacją tych celów na podany wyżej adres w tym adres poczty elektronicznej.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za złożenie niezgodnego z prawdą oświadczenia.

.....
czytelny podpis

Numer systemowy
wypełnia bibliotekarz