Informationszentrum Lebenswissenschaften
ZB MED

ZB MED – Informationszentrum Lebenswissenschaften

Antrag auf Ausstellung eines **virtuellen** Bibliotheksausweises/Fernzugriff

Postanschrift: ◯ Dr. ◯ Privatdoz. Dr. ◯ Prof. Dr.

Name:

Vorname:

Geb.-Datum: ◯ weiblich ◯ männlich ◯ divers

Straße, Hausnr.:

Postleitzahl: Ort:

Matrikelnr.:

Nationalität:

E-Mail:

Erstwohnsitz (falls nicht mit obiger Anschrift übereinstimmend)

Straße, Hausnr.:

Postleitzahl: Ort:

Ich willige ein, dass die aufgeführten Daten für den Zugang von Fernzugriffslizenzen maschinell verarbeitet werden. Ihre Daten werden von uns nicht an Dritte weitergegeben. Der virtuelle Benutzungsausweis ist nicht übertragbar. Die Benutzungsordnung erkenne ich an.

Ort **Datum** **Unterschrift**

Der Antrag ist vollständig, wenn Sie uns die beidseitige Kopie/Scan/Foto Ihres gültigen Personalausweises (oder eines der hier aufgeführten Dokumente) beigefügt haben.

(Wird von der Bibliothek ausgefüllt)

Bibliotheksausweisnummer:

◯ **Korrektur gelesen von**

pdf speichern