Anmeldung zur Nutzung der Schulmedienstelle Potsdam

Name: _____ Kunden-Nr.:

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Schule / Bildungseinrichtung: _____

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass Herr / Frau _____
an der o.g. Schule / Bildungseinrichtung beschäftigt ist.

Datum	Stempel	Unterschrift Schul- / Einrichtungsleitung

Ich erkenne die Benutzungsordnung der Schulmedienstelle Potsdam an.

Datum	Unterschrift

Zustimmung des Erziehungsberechtigten zur Anerkennung der Benutzungsordnung
und Haftungsübernahme:

Datum	Name	Unterschrift