



Anmeldung zur Nutzung der Schulmediensstelle 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 Schulmediensstelle Potsdam an.

Datum _____ Unterschrift _____

Zustimmung des Erziehungsberechtigten zur Anerkennung der Benutzungsordnung
und Haftungsübernahme:

Datum Name _____ Unterschrift _____