

Smiltenes novada bibliotēka
LIETOTĀJA IESNIEGUMS
Par bibliotēkas pakalpojumu saņemšanu dzīvesvietā

LKN _____

Vārds	
Uzvārds	
Dzīvesvietas adrese	
Tālruņa numurs	
E-pasta adrese	
Lūdzu sniegt man bibliotēkas pakalpojumu norādītajā dzīvesvietā. Esmu <input type="checkbox"/> ar kustību traucējumiem <input type="checkbox"/> ar redzes traucējumiem <input type="checkbox"/> ar citiem traucējumiem	
<input type="checkbox"/> Pilnvaroju (vārds, uzvārds) _____ saņemt bibliotēkā grāmatas un citus informācijas nesējus līdzņemšanai uz mana vārda.	

PILNVAROTĀS PERSONAS DATI	
Vārds, uzvārds	
Tālruņa numurs	
E-pasta adrese	
Ar Smiltenes novada bibliotēkas lietošanas noteikumiem esmu iepazinies un uzņemos atbildību par Lietotāja savlaicīgu iespieddarbu un citu materiālu atdošanu. Mana sniegtā informācija ir patiesa.	

Datums	Lietotāja paraksts
Datums	Pilnvarotās personas paraksts

Bibliotēkas pakalpojums dzīvesvietā tiek sniegts saskaņā ar Bibliotēku likuma 22.panta otro daļu.
Datu glabāšanas termiņš: 5 gadi pēc pēdējā bibliotēkas apmeklējuma, ja nav noteikts cits termiņš.