



	Einwilligungserklärung	Anlage 1 zu 2.0.5
---	-------------------------------	-------------------

Ich bin damit einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn

....., geb. am

wohnhaft in

Benutzerin/Benutzer der Ärztlichen Zentralbibliothek des UKE, der Staats- und Universitätsbibliothek Hamburg Carl von Ossietzky (SUB) und der anderen Bibliotheken der Universität Hamburg wird.

Schüler können ab Vollendung des 14. Lebensjahres einen Bibliotheksausweis erhalten.

Die dem jeweiligen Benutzungsverhältnis zu Grunde liegende Benutzungsordnung habe ich zur Kenntnis genommen. Danach steht meiner Tochter/meinem Sohn grundsätzlich das gesamte Literaturangebot der Bibliotheken (einschließlich derjenigen Literatur, deren Benutzung im Falle Minderjähriger bedenklich sein könnte) uneingeschränkt zur Verfügung. Ich hafte für alle aus dem Benutzungsverhältnis entstehenden Forderungen (u.a. auf Rückgabe, eventuell Gebühren- und Schadenersatzansprüche).

.....
Name und Vorname der / des Erziehungsberechtigten

.....
Adresse

.....
Geburtsdatum

.....
Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Hamburg, den Unterschrift

Bitte legen Sie zu dieser Einwilligungserklärung Ihren Personalausweis mit eingetragenem Wohnsitz in Deutschland oder alternativ Ihren Pass mit Meldebestätigung über einen Wohnsitz (auch 2. Wohnsitz) in Deutschland in Kopie vor.

Es ist nicht nötig, dass Sie selbst mit in die Bibliotheken kommen; Sie können Ihrer Tochter/Ihrem Sohn die erbetenen Unterlagen mitgeben. Die/der minderjährige Antragstellerin/Antragsteller möchte sich bitte selbst auch mit einem eigenen Personalausweis oder alternativ Pass mit Meldebestätigung im Original ausweisen.

Alle Daten werden nur für die Dauer des Benutzungsverhältnisses nach den Vorschriften des Hamburgischen Datenschutzgesetzes gespeichert.