

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
e-mail

Ich erkenne die Benutzungsordnung der Stadtbibliothek Ludwigsfelde an.  
Nach BDSG erkläre ich mich einverstanden, dass meine persönlichen  
Daten zum Zwecke der Verbuchung elektronisch gespeichert werden.  
Eine Weitergabe der Daten an Dritte erfolgt nicht.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Zustimmung des Erziehungsberechtigten:

\_\_\_\_\_  
Vor-/Nachname

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

