



An die
Bibliothek der
Medizinischen Universität Graz
Stiftingtalstraße 24
8010 Graz

Benutzungsvereinbarung / Studierende anderer Universitäten und Hochschulen

Neuerfassung

Änderung

Verlängerung

Dissertantin/Dissertant

Frau Herr

Vorname, Nachname*

Adresse*

PLZ, Ort*

Telefon-Nummer

Email*

Universität*

Matrikel-Nummer*

Geburtsdatum*

Ihre Benutzungsdaten erhalten Sie per Email.

* Pflichtfelder

bitte wenden

Zur Entlehnung benötigen Sie einen Lichtbildausweis.

Weitere Informationen entnehmen Sie der Benutzungsordnung der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz.

Die aktuelle Benutzungsordnung finden Sie auf unserer Homepage:
<https://bibliothek.medunigraz.at/de/richtlinien-formulare/benutzungsrichtlinie-der-bibliothek>

Es wird darauf hingewiesen, dass das Benutzerkonto jeweils für die Dauer eines Jahres angelegt wird. Wird das Benutzerkonto nach Ablauf eines Jahres nicht verlängert, wird es gesperrt. Ihre Daten werden aber dennoch weiterhin gespeichert.

Die/Der Unterzeichnende anerkennt mit ihrer/seiner Unterschrift die Bestimmungen der Benutzungsordnung der Bibliothek der Medizinischen Universität Graz.

Die/Der Unterzeichnende haftet für die missbräuchliche Verwendung seines/ihrer Bibliothekscodes.

Die/Der Unterzeichnende anerkennt, dass sämtliche Benachrichtigungen, mit Ausnahme der dritten Mahnung, an die umseitig angegebene E-Mail Adresse erfolgen.

Die/Der Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der umseitig gemachten Angaben und wird Änderungen seiner/ihrer Anschrift sowie Änderungen der Umstände, auf denen seine/ihre Entlehnberechtigung beruht, der Universitätsbibliothek unverzüglich durch besondere Mitteilung anzeigen.

Die/Der Unterzeichnende ist mit der Übermittlung und Verarbeitung der sie/ihn betreffenden personenbezogenen Daten einverstanden, insoweit dies zur Durchführung der Verbuchung der Benützungsfälle erforderlich ist.

Ort, Datum

Unterschrift

Bearbeiter-Paraphe

Ich habe die Datenschutzerklärung der Bibliothek der Med Uni Graz gelesen und stimme der Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Sinne der Datenschutzerklärung der Bibliothek der Med Uni Graz ausdrücklich zu.

Ort, Datum

Unterschrift