

Vollmacht für die Abholung von Sonderausweisen der Universitätsbibliothek Kassel durch Dritte

Angaben zum SoA-Inhaber

(Bitte in Druckschrift ausfüllen bzw. Zutreffendes ankreuzen)

Name, Vorname _____

Straße _____

Telefon _____

E-Mail _____

FB/Einrichtung _____

Angaben zum Abholer

Hiermit bevollmächtige ich

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

den für mich erstellten Sonderausweis der Universitätsbibliothek Kassel in
Empfang zu nehmen.

**Mit dem Erhalt des Sonderausweises erkenne ich die Benutzungsordnung
der Universitätsbibliothek Kassel und die Richtlinien für die Ausleihe mit
Sonderausweis in der jeweils gültigen Form an.**

Ort, Datum: _____

Unterschrift des SoA-Inhabers : _____

Empfangsbestätigung

Hiermit bestätige ich den Erhalt des Sonderausweises mit der Nummer:

Ort: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____