

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Nr karty bibliotecznej / numer albumu / numer pracowniczy

### UPOWAŻNIENIE

Upoważniam  
Panią/Pana.....  
(imię i nazwisko)

PESEL:.....

do odbioru i wpisania na moje konto następujących tytułów:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Jednocześnie oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność za materiały wypożyczone przez w/w osobę.

.....  
Podpis właściciela konta

.....  
Podpis osoby upoważnionej

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), dla potrzeb korzystania ze zbiorów Biblioteki ŚUM.

Administratorem Danych Osobowych jest Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice, tel. 32 208 3600, NIP: 634-000-53-01, REGON: 000289035;

.....  
Data

.....  
Podpis osoby upoważnionej

Adnotacje Biblioteki:  
UPOWAŻNIENIE przyjęto dnia, .....