BIBLIOTHEKSAUSWEIS - ANTRAG

Diese Felder füllt die Bibliothek aus:

Ausweis-Nr. 3 2 8 7

Nutzertyp

ÄRZTEKAMMER HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

BIBLIOTHEK
DES ÄRZTLICHEN VEREINS

Name

Vorname

Geburtsdatum Akad. Titel Dr. Prof.

Matrikel-Nr. Weibl. Männl.

BÄN ÄKHH

Postadresse

c/o

Straße Nr.

PLZ Zimmer

Ort

Telefon

Email

Dienstadresse

Dienststelle

Straße

PLZ Zimmer

Ort

Telefon

Mit Übergabe des Bibliotheksausweises und mit Ihrer Unterschrift unter diesem Zulassungsantrag erkennen Sie die Bibliotheksordnung der Bibliothek des Ärztlichen Vereins in ihrer aktuellen Fassung an. Sie wird Ihnen auf Wunsch in der Bibliothek ausgehändigt.

Hamburg, den _____ Unterschrift _____