

Pracownia Kserograficzna Biblioteki UM w Lublinie
Zamówienie na kserokopie (*Photocopy request form*)

Lublin, dnia (*date*)

.....
imię, nazwisko (*Name*)

.....
nazwa kliniki (*workplace - for University staff*)

Pracownik UM

nr tematu badawczego

Student UM

Inny

.....
podpis, pieczęć (*signature*)

autor (<i>author</i>)	tytuł czasopisma / książki (<i>title of the book/journal</i>)	rocznik, wolumin, numer, strony od – do (<i>year, volume, number, pages</i>)	sygnatura (<i>call number</i>)

Administratorem danych osobowych jest Uniwersytet Medyczny w Lublinie z siedzibą przy Al. Raławickich 1, 20-059 Lublin, NIP 712-010-69-11, REGON 000288710, powyższe dane zgromadzone przez Bibliotekę Główną UM w Lublinie będą przetwarzane wyłącznie w celu zgodnym z realizacją usługi oraz przepisami prawa, w szczególności w związku z działaniami ewidencyjnymi i na wypadek kontroli.

ilość stron

ilość egzemplarzy

ilość zużytego papieru

.....
do zapłaty

.....
Kierownik Pracowni Kserograficznej

.....
data i podpis użytkownika potwierdzającego odbiór pracy

Do użytku wewnętrznego