

Санкт-Петербургское государственное
бюджетное учреждение культуры
«Государственная специальная центральная
библиотека для слепых и слабовидящих»
(СПб ГБУК ГСЦБС)

Номер читательского
билета:

Заявление № _____

Дата заполнения _____

Заявление пользователя Библиотеки

На основании данных, внесенных в Заявление, прошу (нужное отметить):

- Выдать мне электронный читательский билет, на основании которого ведется обслуживание во всех общедоступных библиотеках Санкт-Петербурга (метка не ставится, если данный билет уже получен) в целях получения библиотечных, информационно-библиографических и иных услуг, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Санкт-Петербурга и уставами общедоступных библиотек Санкт-Петербурга.
- Выдать электронный читательский билет пользователю, не достигшему 14 лет, законным представителем которого являюсь
- Внести дополнения/изменения в мой электронный формуляр, необходимые для получения библиотечных, информационно-библиографических и иных услуг, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Санкт-Петербурга и уставом данной Библиотеки (метка не ставится, если регистрация производится в целях получения электронного читательского билета)

1. Анкетные данные Пользователя и/или Представителя

Фамилия			
Имя			
Отчество			
Дата рождения			
Вид документа, удостоверяющего личность			
Серия	Номер		
кем и когда выдан			
Адрес постоянной регистрации			
Адрес временной регистрации			
Срок окончания временной регистрации			
номер телефона			
номер телефона			
e-mail			
Группа инвалидности по зрению	<input type="checkbox"/> 1 группа; <input type="checkbox"/> 2 группа; <input type="checkbox"/> 3 группа; <input type="checkbox"/> с ослабленным зрением		
Инвалидность по другим заболеваниям	<input type="checkbox"/> К (передвигающиеся на креслах-колясках) <input type="checkbox"/> О (нарушение опорно-двигательного аппарата) <input type="checkbox"/> Г (нарушение слуха) <input type="checkbox"/> У (нарушение интеллекта) <input type="checkbox"/> другое		
Реквизиты доверенности Представителя			

Дополнительные сведения

Образование: высшее среднее среднее специальное без образования (в т.ч. неоконченное среднее)

Социальная группа: учащийся студент аспирант рабочий служащий пенсионер прочие

Место учебы / специализация : школа № _____ гимназия № _____ лицей № _____

колледж _____ училище _____

техникум _____ ВУЗ _____

специализация _____

Специальность/должность: _____

Пользователь, не достигший 14-летнего возраста:

Фамилия			
Имя, Отчество			
Дата рождения		Номер читательского билета	
Инвалидность по зрению	<input type="checkbox"/>		
Инвалидность по другим заболеваниям	<input type="checkbox"/>	К (передвигающиеся на креслах-колясках)	
	<input type="checkbox"/>	О (нарушение опорно-двигательного аппарата)	
	<input type="checkbox"/>	Г (нарушение слуха)	
	<input type="checkbox"/>	У (нарушение интеллекта)	
	<input type="checkbox"/>	другое	

Дополнительные сведения

Социальная группа: дошкольник учащийся прочие

Место образования: детский сад № _____ школа № _____ гимназия № _____

лицей № _____

специализация _____

Пользователь, не достигший 14-летнего возраста:

Фамилия			
Имя, Отчество			
Дата рождения		Номер читательского билета	
Инвалидность по зрению	<input type="checkbox"/>		
Инвалидность по другим заболеваниям	<input type="checkbox"/>	К (передвигающиеся на креслах-колясках)	
	<input type="checkbox"/>	О (нарушение опорно-двигательного аппарата)	
	<input type="checkbox"/>	Г (нарушение слуха)	
	<input type="checkbox"/>	У (нарушение интеллекта)	
	<input type="checkbox"/>	другое	

Дополнительные сведения

Социальная группа: дошкольник учащийся прочие

Место образования: детский сад № _____ школа № _____ гимназия № _____

лицей № _____

специализация _____

Пользователь, не достигший 14-летнего возраста:

Фамилия			
Имя, Отчество			
Дата рождения		Номер читательского билета	
Инвалидность по зрению	<input type="checkbox"/>		
Инвалидность по другим заболеваниям	<input type="checkbox"/>	К (передвигающиеся на креслах-колясках)	
	<input type="checkbox"/>	О (нарушение опорно-двигательного аппарата)	
	<input type="checkbox"/>	Г (нарушение слуха)	
	<input type="checkbox"/>	У (нарушение интеллекта)	
	<input type="checkbox"/>	другое	

Дополнительные сведения

Социальная группа: дошкольник учащийся прочие

Место образования: детский сад № _____ школа № _____ гимназия № _____

лицей № _____

специализация _____

2. Согласие на обработку персональных данных

СПб ГБУК «Государственная специальная центральная библиотека для слепых и слабовидящих» (адрес: г. Санкт-Петербург, ул. Стрельнинская, д.11) является оператором и осуществляет обработку персональных данных с использованием средств автоматизации.

***Даю согласие на обработку оператором указанных выше моих персональных данных.** Согласие дано в соответствии с требованиями ст. 9 Федерального закона от 27.07.06 №152-ФЗ «О персональных данных» в целях получения мною библиотечных, информационно-библиографических и иных услуг, предусмотренных законодательством Российской Федерации, Санкт-Петербурга и уставами общедоступных библиотек Санкт-Петербурга, идентификации меня и моих данных при осуществлении обслуживания, сбора обезличенных статистических данных для государственного учета контрольных показателей общедоступными библиотеками Санкт-Петербурга и рассылки информации в соответствии с п.3. настоящего заявления. Согласие предоставлено на период действия электронного читательского билета.

3. Согласие на получение информации по каналам связи

Я согласен на получение информации о задолженности выданных на руки изданий: на указанный выше номер телефон на указанный выше e-mail

Я не согласен на получение информации о наличии задолженности выданных на руки изданий

Я согласен на получение информации о деятельности Библиотеки: на указанный выше номер телефона на указанный выше e-mail

Я не согласен на получение информации о деятельности Библиотеки

4. Я подтверждаю, что все указанные в настоящем заявлении персональные данные верны и актуальны, указанный выше номер телефона является моим номером телефона, выделенным мне оператором сотовой связи, а e-mail зарегистрирован и принадлежит мне.

5. Подписывая настоящее заявление, я подтверждаю, что ознакомлен и принимаю условия Правил пользования СПб ГБУК «Государственная специальная центральная библиотека для слепых и слабовидящих», обязуюсь их выполнять, что в соответствии со ст. 435 и 438 Гражданского кодекса Российской Федерации является принятием (акцептом) оферты. Я согласен, что общедоступные библиотеки Санкт-Петербурга могут отказать мне в обслуживании в случае нарушений мной Правил пользования СПб ГБУК «Государственная специальная центральная библиотека для слепых и слабовидящих».

(подпись)

(расшифровка подписи)

Заполняется сотрудником СПб ГБУК «Государственная специальная центральная библиотека для слепых и слабовидящих» (представителем оператора),
личность лица, указанного выше, мной проверена. Подпись поставлена в моем присутствии.
Пользователь и/или Представитель подтверждает, что персональные данные, указанные в заявлении зафиксированы с согласия Пользователя, Представителя.

_____ (подпись) _____ (ФИО работника полностью, адрес)

Подтверждаю, что мной получен электронный читательский билет № _____

№ _____

№ _____

№ _____

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)