

UPOWAŻNIENIE*

Ja, niżej podpisana/y upoważniam Panią/Pana do korzystania z mojego konta czytelnika w Miejskiej Bibliotece Publicznej im. Poli Gojawiczyńskiej:

a) w okresie od do

b) bezterminowo

.....

podpis Czytelnika

* poniższe wypełnić i/lub niepotrzebne skreślić