

BIBLIOTECA LUIS SEOANE

Don /Dna _____

DNI _____

Data de nacemento _____

Profesión _____

Enderezo _____

Municipio _____ Provincia _____

Código Postal _____

Teléfono _____

Correo electrónico _____

O que subscribe comprométese coa súa sinatura a cumprir-las disposicións vixentes sobre o funcionamento da biblioteca.

Marque cunha X si está interesado/a en recibir o “*Boletín de Noticias sobre a Biblioteca Pública Luis Seoane*” a través do correo electrónico.

Asinado:

No caso de solicitantes menores de 16 anos:

Nome do Pai, Nai, /Tutor: _____

Enderezo: _____

DNI: _____

Teléfono: _____

Sinatura do Pai, Nai /Tutor:

A cubrir polo persoal da Biblioteca:

Data:

Número de socio: