

Szigetvár Város Önkormányzata
Városi Könyvtár
7900 Szigetvár, Mártírok útja 1.
Tel.: 73/311-407 Fax: 73/510-307

JÓTÁLLÁSI NYILATKOZAT
14 éven aluli olvasók részére

Olvasójegy száma:.....

Az olvasó neve:	
Anyja neve:	
Születési hely, idő:	
Lakcíme:	
Iskola / Óvoda:	

Az olvasó jóátállójának (szülő vagy gondviselő) adatai:

A jóátálló neve:	
Lakcíme:	
Telefonszáma	
Munkahelye: (neve és címe)	

A fent nevezett olvasóért kezességet vállalok. Ha a könyvtárral szemben vállalt kötelezettségeinek nem tesz eleget, azok teljesítését – könyvtár mindenkori szabályainak megfelelően – vállalom. A fenti adatok változásait bejelentem.

Szigetvár, 20.....év.....hó.....nap

.....
a jóátálló aláírása

.....
személyigazolvány száma