



ФОРМА РЕЄСТРАЦІЇ ЧИТАЦЬКОГО КВИТКА

Springfield-Greene County Library District • Спрингфілд, Міссурі

**ПОТРІБНЕ ПОСВІДЧЕННЯ
ОСОБИ З ФОТОГРАФІЄЮ І
ПІДТВЕРДЖЕННЯ ПОТОЧНОЇ
АДРЕСИ.**

Округ проживання _____ Дата народження _____ / _____ / _____
Число Місяць Рік

Ім'я та прізвище _____ Підпис (обов'язково) _____
ПРИЗВИЩЕ ІМ'Я СЕРЕДНІЙ ІНІЦІАЛ

Офіційне ім'я (якщо відрізняється) _____
ПРИЗВИЩЕ ІМ'Я СЕРЕДНІЙ ІНІЦІАЛ

Поштова адреса _____
ВУЛИЦЯ № КВ. МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Постійна адреса _____
ВУЛИЦЯ № КВ. МІСТО ШТАТ ПОШТОВИЙ ІНДЕКС

Основний телефон (_____) _____ Ел. пошта _____

Для отримання повідомлень про запити, заборгованості та ін. (виберіть один варіант): Телефон Ел. пошта
(Зверніться до персоналу, щоб дізнатися про альтернативні варіанти отримання повідомлень.)

Підпишіться на безкоштовну розсилку від бібліотеки _____
ЕЛ. ПОШТА

Один із батьків/опікун (якщо власник читацького квитка молодше 18 років):

_____ ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ _____ РОДИННИЙ ЗВ'ЯЗОК _____ ТЕЛЕФОН _____ ПІДПИС (ОБОВ'ЯЗКОВО) _____

**Для вашої зручності ваш квиток буде пов'язаний із читацькими квитками інших членів вашої родини.
 Це дасть їм змогу мати доступ до вашого читацького квитка.**

ТІЛЬКИ ДЛЯ СЛУЖБОВОГО ВИКОРИСТАННЯ: Штрих-код 214920 _____ Дата введення _____
 Ініціали персоналу _____