

Antrag auf besondere Ausleihbedingungen für Bibliotheksbenutzer mit Behinderung und chronischer Erkrankung

Für die Zulassung zur Benutzung der Universitätsbibliothek Würzburg muss eine Anmeldekarte in der Leihstelle der Zentralbibliothek ausgefüllt werden.

Für die Zulassung zu den besonderen Ausleihbedingungen der UB Würzburg für Bibliotheksbenutzer mit Behinderung und chronischer Erkrankung sind darüber hinaus noch folgende weiteren Angaben erforderlich:

Personenname:

Vorname:

Geburtsdatum:

UB-Benutzerausweis bereits vorhanden: nein ja: Benutzernummer.....

Schwerbehindertenausweis vorhanden: nein ja (Bitte Kopie vorlegen): gültig bis:

Grad der Behinderung: % Merkzeichen im Ausweis:

Hiermit beantrage ich die Zulassung zu den besonderen Ausleihbedingungen der UB Würzburg für Bibliotheksbenutzer mit Behinderung und chronischer Erkrankung.

Das Merkblatt „Besondere Ausleihbedingungen für Bibliotheksbenutzer mit Behinderung und chronischer Erkrankung“ habe ich zur Kenntnis genommen sowie insbesondere auch folgende Bestimmungen:

- Für die Einhaltung der Leihfristen bin ich selbst verantwortlich. Sollte ich die entliehenen Medien nicht fristgerecht zurückgeben, erhalte ich von der UB Würzburg kostenpflichtige Aufforderungen zur Medienrückgabe. Hier sind keine Vergünstigungen möglich.
- Bei rückgabepflichtigen Medien, die ich über die Fernleihe bestellt habe, gelten unverändert die von der gebenden Bibliothek festgelegten Benutzungsbedingungen.
- Für die Benutzung der UB Würzburg gelten auch für mich unverändert die „Allgemeine Benutzungsordnung der Bayerischen Staatlichen Bibliotheken (ABOB)“ vom 18. August 1993 sowie die Hausordnung der Universitätsbibliothek bzw. der Universität Würzburg.

Mir ist bekannt, dass die genannten Bestimmungen aufgrund meiner hier vorliegenden Erklärung auf mich anwendbar sind.

Würzburg, den
 (Datum)

.....
 (Unterschrift)

Stellungnahme der Universitätsbibliothek:

- Der/die Antragsteller /in erhält die besonderen Ausleihbedingungen für Bibliotheksbenutzer mit Behinderung und chronischer Erkrankung
- unbefristet befristet bis zum

- Der/die Antragsteller/in kann nicht zugelassen werden.

Würzburg, den
 (Datum)

.....
 (Unterschrift)