

Anmeldeformular

Wissenschaftliche Bibliothek des Blindenwesens

Persönliche Angaben

* Pflichtfeld, ¹erforderlich für Download und die Zusendung von Informationen

Anrede: Frau Herr Kind ohne Anrede

ggf. Name des gesetzl. Vertreters:

Vorname*:

Nachname*:

Geburtsdatum*:

Telefon*:

E-Mail¹:

Anschrift

Straße*:

Hausnummer*:

Adresszusatz:

Postleitzahl*:

Ort*:

ggf. abweichende Lieferanschrift:

Straße:

Hausnummer:

Adresszusatz:

Postleitzahl:

Ort:

Sind Sie: sehend sehbehindert blind

Welche Themen interessieren Sie?

Möchten Sie regelmäßig kostenlose Informationen per E-Mail erhalten?

Ja, die „Bücherliste“

Ja, das Kundenmagazin „in puncto dzb lesen“

Ja, den Newsletter des **dzb lesen**

Nein

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie die Benutzungsordnung des **dzb lesen** an.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Die von Ihnen übergebenen Daten werden von uns nur im Rahmen der Bearbeitung Ihrer Anfragen und zur Bestellabwicklung nach den strengen gesetzlichen Vorgaben des sächsischen Datenschutzgesetzes (SächsDSG) verwendet.

