



REGISTREERIMISAVALDUS

Perekonnanimi _____

Eesnimi _____

Isikukood _____

Sünniaeg _____

Aadress _____

Telefon _____

E-post _____

Soovin kasutada Eesti Pimedate Raamatukogu teenuseid nägemispuude või mõne muu trükitud teksti lugemist takistava puude, häire või haiguse tõttu.

Olen tutvunud raamatukogu kasutuseeskirjaga ja kohustun seda täitma.

(kuupäev)

(allkiri)