



نموذج استعارة كتاب

بيانات المستعير

*تعبى البيانات بالكامل وخط واضح وإلا سيتم رفض الطلب.

التاريخ: \ \

الاسم الأول: _____ اسم الأب: _____ اسم العائلة: _____

الرقم الأكاديمي

رقم الهوية

رقم الجوال

البريد الإلكتروني:

الوظيفة: _____

التخصص:

المكتبة
تمريض

طب أسنان

طب بشري

المستوي: _____ المجموعة: _____

إقرار:

أقر بأن جميع البيانات المكتوبة حقيقية و صحيحة وأن الكتاب المستعار ملك لمكتبة كلية الفارابي الأهلية وعليه أقر باسترجاع الكتاب بحالته وأني مسئول عن أي ضرر يلحق به وفي حالة عدم استرجاعه أو فقدانه أني مسئول عن دفع الرسوم الخاصة بذلك.

التوقيع _____

* تنتهي بيانات المستعير هنا*

بيانات الكتاب *لاستخدام المسئول فقط*

عنوان الكتاب: _____

الرقم المتسلسل (ISBN): كود الكتاب: Shelf _____

التاريخ: \ \ تاريخ الاسترجاع: \ \ مدة الإعارة: _____

اسم المسئول: _____

التوقيع _____