

**BIBLIOTHEK HAUPTPOST
KANTONS- UND STADTBIBLIOTHEK
ST.GALLEN**

GUTENBERGSTRASSE 2, 9000 ST.GALLEN
WWW.BIBLIOSG.CH

MONTAG BIS FREITAG: 8–19 UHR
SAMSTAG: 8–17 UHR

Hiermit bestätigt die (von der Bibliothek auszufüllen)

Name der Bibliothek (Blockbuchstaben)	
Name der Bibliothekarin / des Bibliothekars	
Telefonnummer der Bibliothek oder	
E-Mail der Bibliothek	

, dass (von der Nutzerin / vom Nutzer auszufüllen)

Vorname und Name der Nutzerin / des Nutzers (Blockbuchstaben)	
Geburtsdatum der Nutzerin / des Nutzers	
Ausweisnummer der Bibliothek Hauptpost	

unsere Jahresgebühr von Franken bezahlt hat.

Der Bibliotheksausweis läuft bis zum (Datum).

Ort, Datum

Ort, Datum

.....

.....

Unterschrift der Nutzerin /
des Nutzers

Unterschrift Bibliothekarin / Bibliothekar
Stempel der Bibliothek

.....

.....