



DR. NÉSTOR RODRÍGUEZ CAMPOAMOR

FORMULARIO DE PRÉSTAMO INTERBIBLIOTECARIO

DATOS DE LA BIBLIOTECA SOLICITANTE

Nombre /Institución:

Dirección:

Código postal:

Teléfono/Fax:

E-Mail:

Persona responsable en dicha biblioteca:

DATOS DE LA PERSONA QUE RETIRA EL LIBRO DE LA BIBLIOTECA PROVEEDORA

Nombre y apellido:

Nº de DNI:

Teléfono:

Email:

El préstamo se realiza por 1 semana. Si el documento se requiere por una semana más, se realizará una renovación en caso de que el libro no esté reservado. Para realizar dicho pedido se deben comunicar con la Biblioteca por teléfono o email.

Cordialmente,

Carlos Villafañe
Bibliotecario
cvillafane@isalud.edu.ar