

Titelwunsch

Autor	
Titel	
Medium	<input type="checkbox"/> Buch <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Name des Lesers	
Bibliotheksausweis-Nr.	
Telefon- oder Email-Kontakt	
Datum	
Mit Vormerkung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Titelwunsch

Autor	
Titel	
Medium	<input type="checkbox"/> Buch <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Name des Lesers	
Bibliotheksausweis-Nr.	
Telefon- oder Email-Kontakt	
Datum	
Mit Vormerkung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein