



FALA MIĘDZYDROJE

Międzyzdroje, dn. _____ r.

REZYGNACJA Z CZŁONKOSTWA W STOWARZYSZENIU KLUB SPORTOWY FALA MIĘDZYDROJE

DANE ZAWODNIKA – CZŁONKA STOWARZYSZENIA

IMIONA I NAZWISKO	
DATA I MIEJSCE URODZENIA	
NUMER PESEL PASZPORTU **	
ADRES ZAMIESZKANIA	
KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ	

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

IMIĘ I NAZWISKO	
NUMER PESEL PASZPORTU**	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

Jako opiekun prawny mojego dziecka, proszę o skreślenie zawodnika z listy członków klubu KS FALA MIĘDZYDROJE. Jednocześnie oświadczam, iż w przypadku powstania wszelkich zaległości składkowych względem klubu, zobowiązuję się do ich uregulowania w terminie do 30 dni od daty złożenia rezygnacji.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej rezygnacji w celu przetworzenia zgłoszenia, uzyskania odpowiedzi oraz realizacji działań wynikających ze złożonego pisma. Dane osobowe będą archiwizowane do celów statystycznych oraz do czasu realizacji działań wynikających z przesłanego pisma.

Miejscowość / data

Czytelny podpis rodzica/opiekuna