

OBČIANSKE ZDRUŽENIE ĽADOVÉ MEDVEDE SPOD ZOBORA

ČLENSKÁ PRIHLÁŠKA

Meno:		Trvalé bydlisko (ulica, číslo domu):
Priezvisko:		
Titul:		Mesto:
Dátum narodenia:		PSČ:
Telefón:		Email:

Vyhlasujem, že som sa oboznámil so stanovami OZ ĽMsZ. Súhlasím s ich obsahom, zaväzujem sa konať v súlade s nimi a svojou činnosťou naplňovať poslanie OZ ĽMsZ. Som si vedomý, že so zimným plávaním môže byť spojené zdravotné riziko a vykonávam ho na vlastnú zodpovednosť, preto sa budem starať o svoj zdravotný stav, vrátane absolvovania potrebných lekárskeho prehládok. Vyhlasujem, že som spôsobilý na právne úkony a bezúhonný z hľadiska trestného zákona. Súhlasím so spracovaním mojich osobných údajov pre potreby evidencie OZ ĽMsZ.

Otužujem od roku:	
Dátum podania žiadosti:	Podpis žiadateľa:

Vyplní ZO ĽMsZ

Prijatý za člena dňa:
Pečiatka a podpis predsedu OZ ĽMsZ: