Konjeniški klub Vranje - Sevnica

Vranje 19, 8290 Sevnica

PRISTOPNA IZJAVA

Podatki označeni z \* so obvezni!

IME\*: PRIIMEK\*:

NASLOV\*:

POŠTNA ŠTEVILKA\*: KRAJ\*:

DATUM ROJSTVA\*: KRAJ ROJSTVA: SPOL\*: M Ž

TELEFON: GSM\*:

ELEKTRONSKI NASLOV:

**S podpisom izjavljam, da želim postati član/-ica Konjeniškega kluba Vranje - Sevnica, da sprejemam statut društva in sem se pripravljen/-a ravnati po njem.**

Društvu dovoljujem zbiranje, obdelavo in uporabo mojih osebnih podatkov za potrebe delovanja društva, pri čemer je dolžno ravnati v skladu z določili Zakona o varsvu osebnih podatkov (ZVOP-1).

**Obkroži\*: DOVOLJUJEM / NE DOVOLJUJEM** javno objavljanje slikovnega, video in avdio materiala, ki prikazuje delovanje društva in vsebuje moje podatke oziroma prikazuje mene.

Datum: Podpis:

Letna članarina : otroci do 18.leta: 5€, odrasli: 10€

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**PISNO SOGLASJE ZAKONITEGA ZASTOPNIKA**

(Za včlanitev otroka / mladostnika mlajšega od 15 let)

Soglašam, da se moj otrok včlani v Konjeniški klub Vranje - Sevnica.

Ime in priimek zakonitega zastopnika:

Datum: Podpis:

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

IZPOLNI DRUŠTVO

Pogoji za včlanitev v društvo SO / NISO izpolnjeni.

Člana se vpiše pod zaporedno številko:

(Žig in podpis)