

KARTA ZGŁOSZENIA DRUŻYNY DO ZALK

drużyny

Lp	Badania lekarskie	Nazwisko i Imię		PESEL	Podpis
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
TRENER (Opiekun)			tel.		

Przedstawiciel drużyny:.....

IMIĘ

NAZWISKO

NUMER TELEFONU

PODPIS Przedstawiciela

ULICA

KOD POCZTOWY

MIASTO

ADRES E-MAIL

Zgodnie z ustawą z dn. 29.08.97 r. o Ochronie danych Osobowych Dz. Ust. nr 133 poz. 883, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych przy realizacji Zgierskiej Amatorskiej Ligi Koszykówki. „Podpisując kartę zgłoszenia drużyny oznajmiam, iż zapoznałem się z regulaminem i potwierdzam zgodność powyższych danych z rzeczywistością”.