

ATLETSKI KLUB SEVNICA

p.p. 131, Prvomajska ulica 15a

8290 Sevnica



AK SEVNICA

PRISTOPNA IZJAVA

Štev. članske iz.

OBVEZNA
SLIKA

Ime: Priimek:

Naslov:

Poštna številka: Kraj:

EMŠO: Kraj rojstva: Spol: **M Ž**

Telefon:

Elektronski naslov:

Številka kartice zdravstvenega zavarovanja*

*podatek obvezen samo za aktivne člane

S podpisom izjavljam, da želim postati član-ica AK Sevnica in, da sprejemam statut društva ter 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 varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1). Dovoljujem tudi javno objavljanje slikovnega, video in zvočnega materiala, ki prikazuje dejavnost društva in vsebuje moje posnetke.

Datum: _____

Podpis: _____

PISNO SOGLASJE ZAKONITEGA ZASTOPNIKA

(za včlanitev otroka starega do 15 let)

Soglašam, da se moj otrok, včlani v AK Sevnica.
(ime in priimek)

Ime in Priimek zakonitega zastopnika:

Datum: _____

Podpis: _____