ČESKÝ SVAZ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVCŮ
PŘIHLÁŠKA K REGISTRACI (vyplňte hůlkovým písmem)

příjmení jméno

datum narození rodné číslo I I I I I I I I I I

PSČ I I I I I I bydliště

TB TZ mob. e-mail

číslo pasu platnost do

postižení způsob pohybu

registrace za oddíl zdr. pojišťovna

sport hlavní hostování

další sport hostování

Souhlasím s tím, aby sekretariat vedl a zpracoval všechny tyto údaje v databázi ČSTPS.
Souhlasím s použitím těchto údajů pro potřeby sekretariatu a to po dobu trvání mého členství v ČSTPS. Údaje jsem poskytl dobrovolně, s právem přístupu k nim a možností odvolání tohoto souhlasu kdykoliv. Tento souhlas platí pro všechny mnou zaslané dokumenty.

Datum:

vlastnoruční podpis

(podpis zák. zástupce u nezletilých)

podpis, razítko oddílu

ČESKÝ SVAZ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVCŮ
PŘIHLÁŠKA K REGISTRACI (vyplňte hůlkovým písmem)

příjmení jméno

datum narození rodné číslo I I I I I I I I I I

PSČ I I I I I I bydliště

TB TZ mob. e-mail

číslo pasu platnost do

postižení způsob pohybu

registrace za oddíl zdr. pojišťovna

sport hlavní hostování

další sport hostování

Souhlasím s tím, aby sekretariat vedl a zpracoval všechny tyto údaje v databázi ČSTPS.
Souhlasím s použitím těchto údajů pro potřeby sekretariatu a to po dobu trvání mého členství v ČSTPS. Údaje jsem poskytl dobrovolně, s právem přístupu k nim a možností odvolání tohoto souhlasu kdykoliv. Tento souhlas platí pro všechny mnou zaslané dokumenty.

Datum:

vlastnoruční podpis

(podpis zák. zástupce u nezletilých)

podpis, razítko oddílu

ČESKÝ SVAZ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVCŮ
PŘIHLÁŠKA K REGISTRACI (vyplňte hůlkovým písmem)

příjmení jméno

datum narození rodné číslo I I I I I I I I I I

PSČ I I I I I I bydliště

TB TZ mob. e-mail

číslo pasu platnost do

postižení způsob pohybu

registrace za oddíl zdr. pojišťovna

sport hlavní hostování

další sport hostování

Souhlasím s tím, aby sekretariat vedl a zpracoval všechny tyto údaje v databázi ČSTPS.
Souhlasím s použitím těchto údajů pro potřeby sekretariatu a to po dobu trvání mého členství v ČSTPS. Údaje jsem poskytl dobrovolně, s právem přístupu k nim a možností odvolání tohoto souhlasu kdykoliv. Tento souhlas platí pro všechny mnou zaslané dokumenty.

Datum:

vlastnoruční podpis

(podpis zák. zástupce u nezletilých)

podpis, razítko oddílu

ČESKÝ SVAZ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH SPORTOVCŮ
PŘIHLÁŠKA K REGISTRACI (vyplňte hůlkovým písmem)

příjmení jméno

datum narození rodné číslo I I I I I I I I I I

PSČ I I I I I I bydliště

TB TZ mob. e-mail

číslo pasu platnost do

postižení způsob pohybu

registrace za oddíl zdr. pojišťovna

sport hlavní hostování

další sport hostování

Souhlasím s tím, aby sekretariat vedl a zpracoval všechny tyto údaje v databázi ČSTPS.
Souhlasím s použitím těchto údajů pro potřeby sekretariatu a to po dobu trvání mého členství v ČSTPS. Údaje jsem poskytl dobrovolně, s právem přístupu k nim a možností odvolání tohoto souhlasu kdykoliv. Tento souhlas platí pro všechny mnou zaslané dokumenty.

Datum:

vlastnoruční podpis

(podpis zák. zástupce u nezletilých)

podpis, razítko oddílu