



DoctorRiders

Ogólnopolski Klub Motocyklowy Lekarzy

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
ul. Czerwona 3, 93-005, Łódź

DEKLARACJA SYMPATYKA

Ja

Urodzony (rrrr)r.

oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie jestem pozbawiony praw publicznych

- posiadam rekomendację członka zwyczajnego Klubu

i wobec tego:

1. wnoszę o przyjęcie mnie do Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” jako Sympatyka,
2. zobowiązuję się do
 - a) przestrzegania Statutu Klubu,
 - b) regularnego płacenia składek
 - c) czynnego uczestnictwa w pracach i spotkaniach klubowych,
 - d) godnego reprezentowania Jego barw.

Dane osobowe:

Nick:Obywatelstwo:

Zawód:Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Miejscowość zamieszkania.....

Miejsce pracy.....

Posiadam prawo jazdy kategorii A1, A2, lub A. TAK / NIE

Posiadam motocykl i/lub motocykl typu trajk/trike - TAK / NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji dla potrzeb organizacyjnych Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” w związku ze zrzeszeniem się w tym Klubie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO). Zostałam/zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Data

Podpis