

## Wniosek o wydanie licencji zawodniczej PFS

Imię	
Nazwisko	
Adres zamieszkania	Ul.                      Kod pocztowy                      Miasto
Klub	
Sponsor	
Trener	
Telefon	
Email	
Płeć	
Data urodzenia	
Firma	
Stanowisko	
Członek PFS	TAK/NIE

\* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych zawartych w niniejszym dokumencie przez Polską Federację Squasha z siedzibą przy ul. Leszno 8/1, 01-192 Warszawa, w celu prowadzenia działań statutowych Stowarzyszenia.

Zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr.133, poz.883) Polska Federacja Squasha informuje o dobrowolności podania danych osobowych oraz o prawie wglądu do przetwarzanych danych oraz prawie ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych przez podmioty, z którymi Polska Federacja Squasha zawarła umowy partnerskie (w zakresie niezbędnym do wykonania tychże umów) oraz inne podmioty przetwarzające dane w związku z wykonaniem umowy zawartej z Partnerami Polskiej Federacji Squasha.

Podpis Zawodnika

.....

Miejsce, Data

.....