



ŽENSKO UNIVERZITETNO ROKOMETNO DRUŠTVO
Ž.U.R.D. Koper
Kampel 90, 6000 KOPER

PRISTOPNA IZJAVA

Ime: Priimek:

Naslov:

Poštna številka: Kraj:

Datum rojstva: Kraj rojstva: Spol: **M** **Ž**

Telefon: GSM:

Elektronski naslov:

S podpisom izjavljam, da želim postati član-ica Ž.U.R.D. Koper 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: _____

Lastnoročno podpisano izjavo pošljite na naslov društva: Ž.U.R.D. Koper, Kampel 90, 6000 Koper ali jo oddajte osebno članu upravnega odbora.

Za osebo mlajšo od 15 let, izjavo podpiše eden od staršev oz. skrbnikov

IZPOLNI DRUŠTVO

Pogoji za včlanitev v društvo **SO** **NISO** izpolnjeni.

Člana se vpiše pod zaporedno številko:

_____ (žig in podpis)