



INDIVIDUÁLNÍ REGISTRACE ČLENA ČASQ

jméno

příjmení, titul

datum narození

ulice, číslo popisné

město, PSČ

telefon/mobil

e-mail

datum registrace

název klubu

Potvrzuji svým podpisem správnost uvedených údajů a žádám o udělení členství v
ČESKÉ ASOCIACE SQUASHE z.s

podpis člena

u mladšího 18 let také souhlas zákonného zástupce

podpis zástupce klubu



SOUHLAS
se zpracováním osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb.,
o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů

Já, níže podepsaný/podepsaná:

Jméno:

Příjmení:

Titul:

Datum narození:

prohlašuji, že jsem členem/kou občanského sdružení ČESKÁ ASOCIACE SQUASHE z.s., se sídlem Zátokova 100/2, PS 40, 160 17 Praha 6 - Strahov a dále prohlašuji, že mé výše uvedené osobní údaje jsou pravdivé a přesné.

Zároveň tímto uděluji spolku ČESKÁ ASOCIACE SQUASHE z.s.
výslovný souhlas

se zpracováním a uchováním mých výše uvedených osobních údajů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, a to zejména za účelem jejich použití pro účely evidence členské základny, statistických hlášení státním orgánům a ČUS, zařazení do věkových kategorií v soutěžích a jejich použitím v dokumentech nezbytných pro organizaci soutěžního sportu.

Tento souhlas poskytuji spolku ČESKÁ ASOCIACE SQUASHE z.s. na dobu neurčitou.

V dne

.....
podpis