

WNIOSEK O WYDANIE LICENCJI DLA ZAWODNIKA

Nazwisko _____ Imię _____

nr tel. _____

e-mail _____

Data złożenia wniosku _____ Podpis _____

W przypadku wniosków składanych przez osoby niepełnoletnie konieczny jest podpis opiekuna prawnego

Data złożenia wniosku _____

Podpis opiekuna prawnego osoby niepełnoletniej _____

OŚWIADCZENIE O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w zbiorze danych Związku Sportu Flyball z siedzibą w Warszawie (03-821), ul. Żupnicza 20/202, KRS 0000521651 oraz na przetwarzanie tych danych na potrzeby działalności i realizacji celów statutowych Związku Sportu Flyball, w tym na potrzeby mojego członkostwa w Związku Sportu Flyball oraz dokumentacji i korespondencji z tym związanej, mając zapewnione prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawienia, a także do żądania zaprzestania ich przetwarzania 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).

Wyrażam także zgodę na umieszczenie moich danych osobowych w wydawanych w Internecie przez Związek Sportu Flyball publikacjach o charakterze informacyjnym. Przyjmuję jednocześnie do wiadomości, że standardowo w publikacjach tych – jako elementy określające tożsamość zainteresowanego – umieszczane są jedynie jego imię i nazwisko.

Podpis _____

W przypadku członków niepełnoletnich podpis składa opiekun prawny (np. rodzic)

Podpis _____