

ČLENSKÁ PŘIHLÁŠKA

**do Klubu PAPRSEK
Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, z.s.**

Svým podpisem stvrzuji, že jsem se seznámil/a se Stanovami Spolku a budu se jimi řídit.

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Adresa trvalého bydliště:

E-mail:

Telefon:

Svým podpisem uděluji souhlas se správou, zpracováním a uchováváním mých osobních údajů obsažených v přihlášce pro vnitřní potřeby Spolku. Tento souhlas poskytuji na dobu mého členství ve Spolku.

Ve Vyškově dne

.....
Vlastnoruční podpis