



DoctorRiders

Ogólnopolski Klub Motocyklowy Lekarzy

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
ul. Czerwona 3, 93-005, Łódź

DEKLARACJA PRZYNALEŻNOŚCI CZŁONKA ZWYCZAJNEGO

Ja

urodzony (dd-mm-rrrr) - - W

oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i nie jestem pozbawiony praw publicznych,
- jestem lekarzem/lekarzem dentystą,
- posiadam uprawnienia (*prawojazdy kategorii A1, A2, lub A*) do kierowania motocyklem i z niego korzystam,
- posiadam motocykl i/lub motocykl typu trajk/trike

i wobec tego:

1. wnoszę o przyjęcie mnie do Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” jako członka zwyczajnego.
2. zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Klubu i godnego reprezentowania Jego barw.

Dane osobowe:

Nick:

PESEL:

Numer PWZ: Specjalizacja:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

Adres zamieszkania

.....

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji dla potrzeb organizacyjnych Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” w związku ze zrzeszeniem się w tym Klubie, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016r., poz. 922). Zostałam/zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

Data

Podpis