

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja , niżej podpisany

wnoszę o przyjęcie mnie w poczet członków Stowarzyszenia Uniwersytetu Trzeciego Wieku WSBiP W Ostrowcu Świętokrzyskim

Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu, regulaminu, uchwał oraz przyczyniania się do wzrostu i roli UTW WSBiP.

Ponadto:

- deklaruje płacić składkę członkowską oraz inne opłaty ustalone przez władze statutowe Stowarzyszenia
- wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji na potrzeby realizacji celów statutowych Stowarzyszenia Uniwersytet Trzeciego Wieku WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim zgodnie z ustawą z dnia 29.08. 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)

Ostrowiec Świętokrzyski

data

.....

podpis

Dane osobowe:

Nazwisko(a)	
Imiona	
Data i miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania
Adres e-mail
telefony	stacjonarny..... .komórkowy.....
Nr PESEL	
Wyksz./kierunek/zawód	
Sytuacja rodzinna (osoba samotna, ilość osób na utrzymaniu, zła sytuacja materialna, przewlekłe choroby itp. – prosimy wymienić)	
W jakiej dziedzinie i w jakiej formie chciał(a)by Pani/Pan włączyć się do pracy programowej dla Słuchaczy UTW?	
Staż członkowski UTW WSBiP	

Decyzją Zarządu UTW przyjęto w poczet członków Stowarzyszenia

Podpisy 2 członków Zarządu:

1.

2.

Data.....

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisanyoświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem zajęć ruchowych Stowarzyszenia Uniwersytet Trzeciego Wieku WSBiP w Ostrowcu Świętokrzyskim z dnia..... rozumiem wszystkie jego zapisy i akceptuję w całości

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia.....

.....
(czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisanyoświadczam, że mój stan zdrowia pozwala na uczestnictwo w zajęciach ruchowych/wyjazdach turystycznych i edukacyjnych oraz, że nie mam żadnych przeciwwskazań zdrowotnych, które mogą utrudniać lub uniemożliwiać mój udział w w/w zajęciach. Jednocześnie oświadczam, że biorę udział w w/w zajęciach na własne ryzyko i własną odpowiedzialność. Oświadczam, iż w przyszłości nie będę sobie rościć prawa dochodzenia odszkodowania od Stowarzyszenia, w razie poniesienia uszczerbku na zdrowiu, czy też poniesienia strat materialnych związanych z uczestnictwem w w/w zajęciach.

Ostrowiec Świętokrzyski, dnia.....

.....
(czytelny podpis)