

Přihláška Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR z. s.

Klub „Radost“ Prostějov

Zdravotně postižený/á člen/ka

Příjmení a jméno _____

Datum narození _____ Rodné číslo _____

Bydliště _____

PSČ _____ Telefon _____

E-mail _____ Zdrav. pojišťovna _____

Druh průkazky TP* ZTP* ZTP/P* (nutno doložit oboustrannou kopií průkazu)

Průkazka číslo _____ Doba platnosti do _____

Druh postižení _____

Datum přihlášení _____ **Podpis člena nad 15 let _____

Matka/přítelkyně klubu datum přihlášení _____

Příjmení a jméno _____

Datum narození _____ Rodné číslo _____

Bydliště _____

PSČ _____ Telefon _____

E-mail _____ Zdrav. pojišťovna _____

Druh průkazky TP ZTP* ZTP/P* Průkazka číslo _____

Doba platnosti do _____ **Podpis _____

Otec/přítel klubu datum přihlášení _____

Příjmení a jméno _____

Datum narození _____ Rodné číslo _____

Bydliště _____

PSČ _____ Telefon _____

E-mail _____ Zdrav. pojišťovna _____

Druh průkazky TP ZTP* ZTP/P* Průkazka číslo _____

Doba platnosti do _____ **Podpis _____

**Svým podpisem stvrzuji, že souhlasím s tím, aby byly osobní údaje obsažené v této přihlášce zpracovávány výhradně pro potřeby ARPZPD v ČR z. s., klub „Radost“ Prostějov, v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů (101/2000 Sb.) a ve znění pozdějších předpisů. Současně souhlasím s pořizováním foto a video dokumentace z akcí, které mohou být použity k propagaci naší organizace.

*Nehodící se škrtněte

Datum přihlášení se shoduje s prvním zaplaceným příspěvkem