

W N I O S E K o przyjęcie na Kurs - Poziom 2 - B

Imię	Nazwisko
Data urodzenia	
Miejsce zamieszkania	
Miejscowość	Ulica
Kod pocztowy i Miejscowość	e-mail
Telefon	Klub
Adres korespondencyjny (wypełnić jeśli inny niż adres zamieszkania)	
Miejscowość	Ulica
Kod pocztowy	e-mail
Proszę o wystawienie faktury TAK*/ NIE*	
Dane do FV	
<i>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań statutowych Wielkopolskiego Związku Piłki Ręcznej</i>	
(Podpis)	

(Miejscowość i data)

(Podpis wnioskodawcy)