

Klub Sportowy „ZDROWIE”
rejestr SKF Powiatu Pruszkowskiego nr 21
NIP 113-14-66-892, Regon 010215804, Tel: 600894690, 606209103
e-mail: kszdrowie@gmail.com , zdrowie@o2.pl
www.klubsportowyzdrowie.pl
05-816 Michałowice ul. Św. Antoniego 2

CZŁONKOWSKA DEKLARACJA KLUBOWA
na okres
od 05.09.2022 do 23.06.2023

Imię i nazwisko uczestnika zajęć

nr pesel

data urodzenia

adres zamieszkania ul. nr

kod miejscowość

tel. e-mail

- Prosimy o czytelny wpis adresu e-mail. Brak e-mail uniemożliwia kontakt z rodzicem, opiekunem.

Niniejszym deklaruję przystąpienie do Klubu, wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach organizowanych przez Klub Sportowy ZDROWIE.

Uczestnik jest ZDROWY i będzie brał udział w treningach za moją zgodą i na moją odpowiedzialność, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
/ data i miejsce /

.....
czytelny podpis rodzica lub /opiekuna prawnego/

.....
/data/

.....
/Podpis członka zarządu KS ZDROWIE/

ZOBOWIĄZANIE

opłacania składek członkowskich

& 1.

Członkowie Klubu (zgodnie ze statutem Klubu) w roku szkoleniowym **2022/2023** wpłacają następujące składki:

Składka członkowska **PN** – miesięczna składka członkowska.

Składkę członkowską PN opłacamy z góry do 10 każdego miesiąca.

& 2.

Wysokość miesięcznej składki członkowskiej **PN do końca roku** wynosi **160,00 zł.**

W miesiącu lutym 2023r. wysokość składki członkowskiej wynosi 50% składki podstawowej.

Wysokość składki członkowskiej za pozostałe miesiące została uśredniona.

& 3.

Składki członkowskie wpłacamy na konto Klubowe, z właściwym symbolem składki.

Właściciel konta: Klub Sportowy ZDROWIE

ul. Św. Antoniego 2 Michałowice 05-816

Nr konta: **58 2130 0004 2001 0264 8962 0001**

Tytuł przelewu - Składka PN, imię nazwisko i miesiąc.

& 4.

Za wpłacone składki członkowskie nie wystawiamy faktur. Na żądanie Klub może wystawić **NOTE KSIĘGOWĄ.**

data i podpis osoby reprezentującej Klub

data i podpis rodzica lub opiekuna prawnego
dziecka przyjmowanego do Klubu