



OŚWIADCZENIE

WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH
SEKCJI LEKKIEJ ATLETYKI
MKS ŚWIT NOWY DWÓR MAZOWIECKI SYNA/CÓRKI:

.....
imię i nazwisko dziecka

I JEDNOCZEŚNIE OŚWIADCZAM, ŻE MÓJ SYN/CÓRKA JEST ZDROWY/A I NIE
MA PRZECIWWSKAZAŃ DO UPRAWIANIA SPORTU.

ZOBOWIAZUJĘ SIĘ DO DOKONYWANIA COMIESIĘCZNEJ OPŁATY
CZŁONKOWSKIEJ W WYSOKOŚCI **190,00 ZŁ (STO DZIEWIĘCDZIESIĄT
ZŁOTYCH)** DO **10 DNIA** KAŻDEGO MIESIĄCA. SKŁADKI CZŁONKOWSKIE
OPŁACANE SĄ PRZEZ 12 MIESIĘCY W ROKU.

SKŁADKI BĘDĘ WPŁACAĆ PRZEZ APILKACJĘ PROTRAINUP

LUB NA NUMER KONTA SEKCJI: 47 1020 1026 0000 1202 0700 5327
W TYTULE: IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA, ZA JAKI MIESIĄC WPŁATA ORAZ NAZWISKO TRENERA

TAK / NIE

*niepotrzebne
skreślić*

Posiadam **NOWODWORSKĄ KARTĘ FAMILIJNĄ**, która uprawnia mnie
do **50 zł** zniżki.

Jeżeli TAK, to ksero karty dołączam w załączniku, nr karty:

TAK / NIE

*niepotrzebne
skreślić*

Posiadam **NOWODWORSKĄ KARTĘ MIESZKAŃCA**, która uprawnia mnie
do **15 zł** zniżki.

Jeżeli TAK, to ksero karty dołączam w załączniku, nr karty:

**UWAGA! ZNIŻKI SIĘ NIE ŁĄCZĄ.
RESPEKTOWANA JEST KORZYSTNIEJSZA DLA UCZESTNIKA.**

NOWY DWÓR MAZOWIECKI,

.....
*czytelny podpis
rodzica/prawnego opiekuna*