



P Ř I H L Á Š K A

za člena Českomoravské asociace motocyklového sportu

Jméno a příjmení: _____

Datum narození: _____ Mobil: _____

E-mail: _____

Adresa – obec: _____ PSČ: _____

Ulice: _____ číslo popisné: _____

Provozují motoristický sport: ANO NE

Provozují činnost související s motoristickým sportem: ANO NE

ANO (jakou) _____

Proč se chci stát členem CAMS:

Potvrzuji svým podpisem, že souhlasím, aby CAMS jako správce dle § 5 zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů v platném znění evidoval, shromažďoval a zpracovával mé osobní údaje, které jsem mu vyplněním této žádosti dobrovolně postoupil. Tyto osobní údaje slouží pouze pro potřebu CAMS danou jejím předmětem činnosti, mohou být použity v rámci sportovně technické problematiky dle NSŘ.

Datum podání: _____ Podpis: _____

Vyplní CAMS:

Žadatel **BYL/NEBYL** přijat rozhodnutím **Prezídia CAMS/Valné hromady CAMS**

dne: _____ členské číslo: _____

Podpis - sekretariát CAMS: _____