

Sztafeta Maratońska Electrum Ekiden – Pomóżmy Razem!

NUMER STARTOWY

Nazwisko: _____
Surname

Imię: _____
F. name

Data urodzenia: _____
Birth date

Płeć: _____
Sex

SMS: _____
SMS

Miasto: _____
City

Kraj: _____
Country

Klub: _____
Club

Sztafeta: _____
Team

Województwo: _____
State

Adres: _____
Address

E-mail: _____

Kontakt ICE: _____
ICE Contact

Rozmiar koszulki: _____
T-shirt size

Kategorie Dodatkowe/Additional classification

Zmiana 1

Zmiana 2

Zmiana 3

Zmiana 4

Zmiana 5

Zmiana 6

Sztafety Firmowe

Akademickie Mistrzostwa Ekiden

Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami i pozostawić w biurze zawodów!
Fill form clearly with big letters and leave it in the race office!

Oświadczam, że:

zapoznałem/am się z regulaminem imprezy oraz, że jestem zdolny/a do udziału w zawodach i startuję na własną odpowiedzialność.

Wyrażam zgodę, aby mój wizerunek utrwalony na zdjęciach, nagraniach filmowych oraz wywiady z moją osobą, a także wyniki z moimi danymi osobowymi mogły być wykorzystane przez prasę, radio i telewizję a także w celach marketingowych Organizatora i sponsorów.

Podane dane są prawdziwe, i są mi znane przepisy art. 233 Kodeksu Karnego o odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością.

Przyjmuję do wiadomości, że moje dane będą przetwarzane przez w celu realizacji umowy. Moje dane przetwarzane będą od momentu zgłoszenia do zawodów do momentu wycofania przeze mnie zgody lub przez okres niezbędny do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Mam prawo dostępu do danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo sprzeciwu, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego i prawo do przeniesienia danych.

.....
czytelny podpis zawodnika/opiekuna prawnego

Sztafeta Maratońska Electrum Ekiden – Pomóżmy Razem!

NUMER STARTOWY

Nazwisko: _____
Surname

Imię: _____
F. name

Data urodzenia: _____
Birth date

Płeć: _____
Sex

SMS: _____
SMS

Miasto: _____
City

Kraj: _____
Country

Klub: _____
Club

Sztafeta: _____
Team

Województwo: _____
State

Adres: _____
Address

E-mail: _____

Kontakt ICE: _____
ICE Contact

Rozmiar koszulki: _____
T-shirt size

Kategorie Dodatkowe/Additional classification

Zmiana 1

Zmiana 2

Zmiana 3

Zmiana 4

Zmiana 5

Zmiana 6

Sztafety Firmowe

Akademickie Mistrzostwa Ekiden

Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami i pozostawić w biurze zawodów!
Fill form clearly with big letters and leave it in the race office!

Oświadczam, że:

zapoznałem/am się z regulaminem imprezy oraz, że jestem zdolny/a do udziału w zawodach i startuję na własną odpowiedzialność.

Wyrażam zgodę, aby mój wizerunek utrwalony na zdjęciach, nagraniach filmowych oraz wywiady z moją osobą, a także wyniki z moimi danymi osobowymi mogły być wykorzystane przez prasę, radio i telewizję a także w celach marketingowych Organizatora i sponsorów.

Podane dane są prawdziwe, i są mi znane przepisy art. 233 Kodeksu Karnego o odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością.

Przyjmuję do wiadomości, że moje dane będą przetwarzane przez w celu realizacji umowy. Moje dane przetwarzane będą od momentu zgłoszenia do zawodów do momentu wycofania przeze mnie zgody lub przez okres niezbędny do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Mam prawo dostępu do danych, sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo sprzeciwu, prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego i prawo do przeniesienia danych.

.....
czytelny podpis zawodnika/opiekuna prawnego