



# DoctorRiders

Ogólnopolski Klub Motocyklowy Lekarzy

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi  
ul. Czerwona 3, 93-005, Łódź

## DEKLARACJA SYMPATYKA

Ja .....

urodzony (dd-mm-rrrr) ..... - ..... - ..... W .....

oświadczam, że:

- posiadam rekomendację członka zwyczajnego Klubu .....

i wobec tego:

1. wnoszę o nadanie mi statusu *Sympatyka* Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders”.
2. zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Klubu i godnego reprezentowania Jego barw.

Dane osobowe:

Nick: .....

PESEL: .....

Telefon kontaktowy: .....

Adres e-mail: .....

Adres zamieszkania .....

.....

Posiadam prawo jazdy kategorii A1, A2, lub A - TAK / NIE

Posiadam motocykl i/lub motocykl typu trajk/trike - TAK / NIE

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji dla potrzeb organizacyjnych Ogólnopolskiego Klubu Motocyklowego Lekarzy „DoctorRiders” w związku ze zrzeczeniem się w tym Klubie, zgodnie z ustawą z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. 2016r., poz. 922). Zostałam/zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.*

Data

Podpis