POLSKI ZWIĄZEK RUGBY
POLISH RUGBY UNION
FEDERATION POLONAISE de RUGBY
ul. Marymoncka 34, 01-813 Warszawa
tel. +48 22 835 35 87
e-mail: poczta@polskie.rugby
www.polskie.rugby

FORMULARZ WSKAZANIA KLUBU MACIERZYSTEGO

1. Imię i nazwisko Zawodnika: ……
2. Numer licencji PZR:

3. PESEL, jeżeli zawodnika posiada:

lub data urodzenia, jeżeli zawodnik nie posiada numeru PESEL:

(dzień - miesiąc - rok)

4. Oświadczam, że Klub może być Klubem macierzystym wskazanego zawodnika.
5. Wskazanie Klubu Macierzystego następuje od dnia: ……..
6. Nowy Klub Macierzysty:

……

Wyrażam zgodę na przyjęcie Zawodnika do Klubu	***Wyrażam zgodę na dołączenie do Klubu***
…….	…….
Imię i nazwisko *osoby upoważnionej do reprezentowania* ***Klubu Macierzystego***	***Imię i nazwisko*** *zawodnika dołączającego do* ***Klubu***
…….	…….
Data i podpis	*Data i podpis*

Dotyczy osób niepełnoletnich:

Imię i Nazwisko (przedstawiciela ustawowego): ……..

Jako osoba wypełniająca opiekę prawną nad w/w niepełnoletnim Zawodnikiem wyrażam zgodę na reprezentowanie przez niego nowego Klubu.

…….	…….
Miejscowość, data	*Podpis przedstawiciela ustawowego*

Enea SPONSOR STRATEGICZNY #RugbyFamily