REZYGNACJA Z CZŁONKOSTWA W SSW RAIKEN

Dane Adepta: Imię i Nazwisko: .....
Numer PESEL: .....

Oświadczenie: Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z członkostwa w Szkole Sztuk Walki RAIKEN z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia określonego w Regulaminie.

Rozumiem, że moje członkostwo wygaśnie z dniem: ..... (ostatni dzień następnego miesiąca kalendarzowego).
Zobowiązuję się do uregulowania składki za okres wypowiedzenia w kwocie: ..... zł do dnia: ..... .

Powód rezygnacji: [ ] brak czasu [ ] zmiana miejsca zamieszkania [ ] stan zdrowia [ ] inne: .....

....

(Miejscowość i data) (Czytelny podpis Adepta/Opiekuna)

Potwierdzenie odbioru przez Instruktora:

Data: ..... Podpis: .....

Szkoła Sztuk Walki RAIKEN
ul. Królewska 1, 30-045 Kraków
NIP: 6751796155 | REGON: 528042550
Nr. Konta: 22 1240 2571 1111 0011 3637 9974
Tel. 698337684 | E-mail: dojo.raiken@gmail.com | sswraiken.pl
Pełna treść klauzuli informacyjnej RODO dostępna w siedzibie klubu oraz na www.sswraiken.pl/rodo