



WNIOSEK O PRAWO DO GRY W SEZONIE 2024 r.

Nr członkostwa

Wypełnia Kalinowe Pola Sp. z o.o.

DANE OSOBOWE:

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres do korespondencji:

Tel. Kom: E – mail:.....

RODZAJ CZŁONKOSTWA* :

INDYWIDUALNE	4700 PLN	<input type="checkbox"/>	4950 PLN	<input type="checkbox"/>
WEEK& (od poniedziałku do piątku)	3950 PLN	<input type="checkbox"/>	4250 PLN	<input type="checkbox"/>
COUNTRY (spoza województwa lubuskiego)	3950 PLN	<input type="checkbox"/>	4250 PLN	<input type="checkbox"/>
RODZINNE (PARA)	8400 PLN	<input type="checkbox"/>	8700 PLN	<input type="checkbox"/>
RODZINNE 2+1 **	8700 PLN	<input type="checkbox"/>	9000 PLN	<input type="checkbox"/>
RODZINNE 2+2 **	8900 PLN	<input type="checkbox"/>	9200 PLN	<input type="checkbox"/>
STUDENCKIE (19-25 LAT)***	2500 PLN	<input type="checkbox"/>	2500 PLN	<input type="checkbox"/>
DZIECI – jako macierzysty KPGC (poniżej 13 lat)	200 PLN	<input type="checkbox"/>	200 PLN	<input type="checkbox"/>
DZIECI pozostali (PONIŻEJ 13 LAT)	600 PLN	<input type="checkbox"/>	600 PLN	<input type="checkbox"/>
JUNIORZY (13 – 18 LAT)	1000 PLN	<input type="checkbox"/>	1000 PLN	<input type="checkbox"/>

*Opłaty członkowskie pobierane są według roku urodzenia

**Dodatkowa osoba / osoby do 18 roku życia

*** Po okazaniu ważnej legitymacji studenckiej

OPŁATY ZA PRZYNALEŻNOŚĆ DO POLSKIEGO ZWIĄZKU GOLFA:

- 50 zł (do lat 18)
- 100 zł (osoby w wieku od 19 do 26 lat)
- 250 zł (powyżej 26 lat)
- 200 zł (powyżej 65 roku życia)

*Przynależność do PZG umożliwia uzyskanie karty HCP oraz branie udziału w turniejach i imprezach organizowanych przez PZG. Karta HCP wymagana jest na większości pól golfowych na świecie

Proszę oświadczyć, który klub jest Pani/Pana klubem macierzystym i odpowiada za prowadzenie karty HCP:

Nazwa Klubu:.....

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu, w tym z treścią zawartego w nim obowiązku informacyjnego związanego z przetwarzaniem danych osobowych i Regulamin ten akceptuję. Oświadczam, że znany mi jest obowiązek posiadania badań lekarskich zgodnych z Rozporządzenia Ministra Zdrowia i oświadczam, że jestem zdolny do współzawodnictwa sportowego.

Wnioskodawca

Zarząd KPGC

.....

.....

podpis i data

podpis i data



DANE OSOBOWE DLA CZŁONKOSTWA RODZINNEGO:

DANE OSOBOWE:

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres do korespondencji:

Tel. Kom: E – mail:.....

RODZAJ OPŁATY ZA PRZYNALEŻNOŚĆ DO POLSKIEGO ZWIĄZKU GOLFA:

Nr członkostwa

Wypełnia Kalinowe Pola Sp. z o.o.

DANE OSOBOWE:

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres do korespondencji:

Tel. Kom: E – mail:.....

RODZAJ OPŁATY ZA PRZYNALEŻNOŚĆ DO POLSKIEGO ZWIĄZKU GOLFA:

Nr członkostwa

Wypełnia Kalinowe Pola Sp. z o.o.

DANE OSOBOWE:

Nazwisko i imię:

Data urodzenia:

Adres do korespondencji:

Tel. Kom: E – mail:.....

RODZAJ OPŁATY ZA PRZYNALEŻNOŚĆ DO POLSKIEGO ZWIĄZKU GOLFA:

Nr członkostwa

Wypełnia Kalinowe Pola Sp. z o.o.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu zamieszczone na stronie <https://kalinowepola.pl/images/pdf/regulamin.pdf>, w tym z treścią zawartego w nim obowiązku informacyjnego związanego z przetwarzaniem danych osobowych i Regulamin ten akceptuję.

Oświadczam, że znany mi jest obowiązek posiadania badań lekarskich zgodnych z Rozporządzenia Ministra Zdrowia i oświadczam, że jestem zdolny do współzawodnictwa sportowego.

Wnioskodawca

Zarząd KPGC

.....

podpis i data

.....

podpis i data



FORMULARZ ZGÓD DLA ZAWODNIKA DLA KALINOWE POLA SP. Z O.O. KALINOWO, UL. GOLFOWA 1, 66-213 SKĄPE; NIP: 9271906964, ZWANA DALEJ KLUB SPORTOWY.

Imię (imiona) i nazwisko

Proszę wybrać co najmniej jeden z poniższych danych:

Adres e-mail:

Numer telefonu:

Adres pocztowy:

TAK/NIE Wyrażam zgodę na otrzymywanie komunikacji marketingowej dotyczącej działalności Klubu Sportowego. Zgoda jest dobrowolna i może zostać odwołana w każdym czasie.

TAK/NIE Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego adresu e-mail oraz numeru telefonu przez Klub Sportowy dla celów marketingowych, związanych z przesyłaniem na podany przeze mnie adres e-mail lub numer telefonu komunikacji marketingowej dotyczącej działalności Klubu Sportowego. Zgoda jest dobrowolna i może zostać odwołana w każdym czasie.

TAK/NIE Wyrażam zgodę na nieodpłatne używanie, wykorzystanie i rozpowszechnianie wizerunku Zawodnika, utrwalonego jakkolwiek techniką na wszelkich nośnikach (w tym w postaci fotografii) przez Klub Sportowy we wszelkich materiałach związanych z działalnością Spółki, w szczególności poprzez zamieszczanie na stronach internetowych, na stronach prowadzonych w portalach społecznościowych (Facebook, Instagram), na materiałach promocyjnych lub informacyjnych (w szczególności plakatach, kalendarzach, filmach promocyjnych, materiałach poligraficznych), niezależnie od formy graficznej prezentacji Zawodnika. Wizerunek może być użyty do różnego rodzaju form przetwarzania, kadrowania i kompozycji, a także zestawiony z wizerunkami innych osób – pod warunkiem, że forma ta nie będzie zniekształcona, obraźliwa, obsceniczna, nie będzie naruszała dóbr osobistych Zawodnika, dobrych obyczajów lub zasad współżycia społecznego.

Niniejsza zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo, ani terytorialnie. Zgoda jest dobrowolna i może zostać odwołana w każdym czasie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Wnioskodawca

.....

podpis i data