

ZALA MEGYEI KYNOLÓGIAI EGYESÜLET

TAGSÁGI IGAZOLVÁNY KÉRELEM

GÉPPEL VAGY NYOMTATOTT NAGYBETŰKKEL TÖLTENDŐ KI. KITÖLTÉS UTÁN BIZALMASAN KEZELENDŐ.

A *-gal megjelölt mezők kitöltése kötelező! Amennyiben a megadott adatok nem olvashatóak vagy hiányosak, úgy nem áll módunkban azokat nyilvántartásunkban rögzíteni!

ÜGYFÉL TÖLTI KI!

* Név:.....

* Szül. dátum: évhónap

* Szül. hely:

* Anyja neve:

* Állandó cím:

* Lev. cím:

Tel:

E-mail:

Kennelnév:

Fajta/k:

ZMKE tagság kezdete:

Alulírott tagja kívánok lenni a Zala Megyei kynológiai Egyesületnek.

Elfogadom a ZMKE alapszabályát, célkitűzéseit, a tenyésztési szabályzatát valamint egyéb szabályzatok előírásainak betartását, azok megismerésére kötelezem magam. A szabályzatok megtekinthetőek.

Dátum: 20..... év hó nap

.....
Jelentkező aláírása

ZMKE TÖLTI KI

Tagdíj befizetés dátuma: 20.....évhónap

Készpénzfizetési számla / Bankszámlakivonat száma:.....

ZMKE szervezetének nyilvántartási száma:

Dátum:, 20.....évhó.....nap

KÉRELMEÁT ELFOGADJUK

NEM FOGADJUK EL

2018

.....
ZMKE Elnöke