

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: év hó nap
* Szül. hely:
* Anyja neve:
* Állandó cím:
* Lev. cím:
Tel:
E-mail:
Kennelnev:
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 megtekinthetők.

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

.....
ZMKE Elnöke