

7. TOP AUTO Białystok Biega - Dystans 10 km

Białystok, 17 września 2017 r.

NUMER STARTOWY

Nazwisko: _____
Surname

Imię: _____ Kategorie Dodatkowe/Additional classification
F. name

Data urodzenia: _____ Tak, jestem Honorowym Krwiodawcą
Birth date

Płeć: _____
Sex

SMS: _____
SMS

Miasto: _____
City

Kraj: _____
Country

Klub: _____
Club

Drużyny: _____
Team

Województwo: _____
State

Adres: _____
Address

E-mail: _____

Kontakt ICE: _____
ICE Contact

Rozmiar koszulki: _____
T-shirt size

Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami i pozostawić w biurze zawodów!
Fill form clearly with big letters and leave it in the race office!

Oświadczam, że:

zapoznałem/am się z regulaminem imprezy oraz, że jestem zdolny/a do udziału w zawodach i startuję na własną odpowiedzialność.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora zawodów.

Wyrażam zgodę, aby zdjęcia, nagrania filmowe oraz wywiady z moją osobą, a także wyniki z moimi danymi osobowymi mogły być wykorzystane przez prasę, radio i telewizję a także w celach marketingowych Organizatora i sponsorów.

Podane dane są prawdziwe, i są mi znane przepisy art. 233 Kodeksu Karnego o odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością. W zakresie rozliczeń finansowych oraz podatkowych administratorem danych jest Organizator danych zawodów. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika m.in. z ustawy o rachunkowości. Dane będą udostępniane jedynie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. By submitting the present registration form I confirm having read and accepted the Rules of the competition. I consent that my personal data included in the registration form is processed for the needs of the events organized by the Organizer.

.....
czytelny podpis zawodnika/opiekuna prawnego

7. TOP AUTO Białystok Biega - Dystans 10 km

Białystok, 17 września 2017 r.

NUMER STARTOWY

Nazwisko: _____
Surname

Imię: _____ Kategorie Dodatkowe/Additional classification
F. name

Data urodzenia: _____ Tak, jestem Honorowym Krwiodawcą
Birth date

Płeć: _____
Sex

SMS: _____
SMS

Miasto: _____
City

Kraj: _____
Country

Klub: _____
Club

Drużyny: _____
Team

Województwo: _____
State

Adres: _____
Address

E-mail: _____

Kontakt ICE: _____
ICE Contact

Rozmiar koszulki: _____
T-shirt size

Kartę należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami i pozostawić w biurze zawodów!
Fill form clearly with big letters and leave it in the race office!

Oświadczam, że:

zapoznałem/am się z regulaminem imprezy oraz, że jestem zdolny/a do udziału w zawodach i startuję na własną odpowiedzialność.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora zawodów.

Wyrażam zgodę, aby zdjęcia, nagrania filmowe oraz wywiady z moją osobą, a także wyniki z moimi danymi osobowymi mogły być wykorzystane przez prasę, radio i telewizję a także w celach marketingowych Organizatora i sponsorów.

Podane dane są prawdziwe, i są mi znane przepisy art. 233 Kodeksu Karnego o odpowiedzialności karnej za podanie danych niezgodnych z rzeczywistością. W zakresie rozliczeń finansowych oraz podatkowych administratorem danych jest Organizator danych zawodów. Podanie danych jest obowiązkowe i wynika m.in. z ustawy o rachunkowości. Dane będą udostępniane jedynie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. By submitting the present registration form I confirm having read and accepted the Rules of the competition. I consent that my personal data included in the registration form is processed for the needs of the events organized by the Organizer.

.....
czytelny podpis zawodnika/opiekuna prawnego