



VOLEI CIUTAT CIDE

c/ L'Avisador 28, Palma de Mallorca -07011-

Tel: 687 514 134 Fax: 971 798 150

E-mail: prensa@voleyciutat.com

www.voleyciutat.com

ALTA DE JUGADORA TEMP 11/12

Cal adjuntar fotocopia de DNI i 2 fotos carnet

Nom: _____ Llinatges: _____

DNI: _____ Nacionalitat: _____ Data de Naix: ____/____/____

Domicili: _____ Població: _____

CP: _____ Telèfon casa: _____ Mòbil jugadora: _____

Adreça correu electrònic jugadora: _____

Nom del pare: _____ Nom de la mare: _____

E-mail pare: _____ E-mail mare: _____

Dades bancàries:

Banc	Oficina	DC	Número de compte

(Tots els quadres obscurs hauran de ser plens)

Titular del compte: _____

FORMA DE PAGAMENT: En 3 quotes En una sola quota (descompte del 10%)

He llegit i accepto la 'Normativa interna del club'

El jugador/a y el pare/mare accepten la 'política de protecció de dats' del club

Autoritzo al Club Voleibol Cide a utilitzar la meua imatge esportiva en treballs, publicacions, revistes o reculls relacionats amb l'activitat esportiva del club, així com a la web oficial de la entitat.

(* Per exercir el seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició de les dades contacti amb prensa@voleyciutat.com)

Firma del jugador/a:

Firma del titular:

DATA: ____/____/____



PER ENTREGAR A LA SEVA ENTITAT BANCARIA

Per la present, informar-vos que el CLUB VOLEIBOL CIDE, girarà a partir de setembre de 2011, tres debuts al meu compte. Us pregaria féssiu efectiu el seu pagament. Per la qual cosa us faig entrega d'aquest document, autoritzant els pagaments.

Dades bancàries:

Banc	Oficina	DC	Número de compte

(Tots els quadres obscurs hauran de ser plens)

Titular del compte: _____

Firma del titular:

DATA: ____/____/____