



ΑΙΤΗΣΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΚΟΛΥΜΒΗΤΗΡΙΟΥ ΔΗΜΟΥ ΓΛΥΦΑΔΑΣ

| | |
|------------------------------------|--|
| Επώνυμο ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ | |
| Όνομα ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ | |
| Έτος γέννησης | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας | |
| Κινητό τηλέφωνο ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ | |
| Διεύθυνση κατοικίας / Τ.Κ. | |
| Τηλέφωνο οικίας | |
| Τηλέφωνο εργασίας | |
| Email Επικοινωνίας | |
| Άλλο Τηλέφωνο σε περίπτωση ανάγκης | |

| | |
|------------------|--|
| Βεβαίωση Ιατρού | |
| Λογαριασμός ΔΕΚΟ | |

ΓΛΥΦΑΔΑ / / 2020

Υπογραφή

- Συμφωνώ με την χρήση των προσωπικών μου δεδομένων.
- Δε συμφωνώ με την χρήση των προσωπικών μου δεδομένων.