

RELACIÓN NOMINAL DE JUGADORES

A.D SALUD Y CULTURA



CLUB : _____ TEMPORADA : _____ GRUPO : _____

DELEGADO : _____ TELEFONO: _____ NUMERO HOJA: _____

DIRECCION : _____ DNI: _____ CORREO: _____

| Nº | Nombre | Apellidos | F. Nacimiento | DNI | Dirección | C. Postal | Teléfono | Correo Elec | Ultima fecha espedida |
|----|--------|-----------|---------------|-----|-----------|-----------|----------|-------------|-----------------------|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | |

En virtud de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, se le informa de que sus datos personales se incorporarán en un fichero propiedad de la A.D Salud y Cultura, autorizando a éste el tratamiento de los datos personales para el mantenimiento y gestión de la oferta deportiva. Asimismo, autoriza expresamente para enviarle información relativa a dicha oferta deportiva. Puede ejercitar, en los casos que proceda, sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, dirigiéndose por escrito a la A.D. SALUD Y CULTURA, Madrid.

Si no desea recibir la información, marque la casilla.

La Organización no se responsabiliza de los daños físicos (seguro médico) o materiales que pudieran causar o causarse los usuarios y público en general de las competiciones, siendo cualquier responsabilidad del Club.

NOMBRE Y APELLIDOS : _____

FIRMADO: _____