



ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΜΕΛΟΥΣ

*Με την παρούσα αίτηση δηλώνω ότι επιθυμώ να γίνω ΜΕΛΟΣ
στον ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΝΔΕΣΜΟ ΚΛΑΣΗΣ ΛΕΙΖΕΡ (Laser).*

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΟΥΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ : FAMILY NAME :

ΟΝΟΜΑ : NAME :

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : AP. :

ADDRESS : NO :

ΠΟΛΗ / CITY : T.K./POST CODE :

ΟΜΙΛΟΣ / CLUB :

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ / DATE OF BIRTH ://.....//.....

ISAF ID : GRE.....ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΕΙΟ :

E-Mail επικοινωνίας :@.....

Τηλέφωνα επικοινωνίας -- Σταθερό :Κινητό :

Δέχομαι ο Ε.Σ.Κ.ΛΕΙΖΕΡ να κάνει χρήση του e-mail μου ώστε να ενημερώνομαι σε θέματα της κλάσης καθώς και για άλλες παροχές

Όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι υποχρεωτικά για την σωστή συμπλήρωση της αίτησης

Ημερομηνία / Date//.....//.....

Υπογραφή / Signature (Για το pdf αναγραφή ονόματος)

Τα παρακάτω στοιχεία συμπληρώνονται από τον Γ.Γ. του συνδέσμου

Αριθμός Αίτησης :HLCA ID :

ΑΡΙΘΜΟΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ ΤΡΑΠΕΖΗΣ EUROBANK ΜΕ IBAN : GR 060 2600 3100 0033 0200 882 370

Το κόστος των τραπεζικών εμβασμάτων βαρύνει εξ ολοκλήρου το ΜΕΛΟΣ.

ΕΛΛΗΝΙΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΛΑΣΗΣ ΛΕΙΖΕΡ - HELLENIC LASER CLASS ASSOCIATION