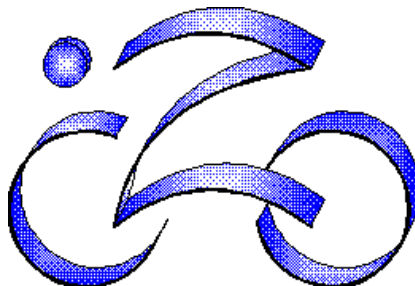


BICIKISTIČKI KLUB ZADAR
Adresa: Put Stanova 3, 23000 Zadar
Tel/fax 023/315-632 Mob:098 1771-801



PRISTUPNICA

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Mjesto rođenja, državljanstvo: _____

Zanimanje: _____

Adresa stanovanja: _____

Broj telefona ili mobitela: _____

Datum prijema u članstvo kluba: _____

Broj licence HBS-a _____

Svojim potpisom potvrđujem da samoinicijativno pristupam Biciklističkom klubu Zadar, te da utrke i treninge vozim na vlastitu odgovornost, te prihvaćam statute i pravilnike Hrvatskog biciklističkog saveza i Biciklističkog kluba Zadar.

Potpis člana

**Potpis roditelja
(zakonski zastupnik)**

Potvrđujem da je vozač potpisao ovu izjavu, a za vozače mlade od 18 godina da je izjavu potpisao zakonski zastupnik.

Zadar: _____ 20

M.P.

Tajnik Bk Zadar: