

ŽÁDOST O VÝPOVĚĎ ČLENSTVÍ

Registrační číslo:		
Příjmení:	Adresa:	
Jméno:	Město:	PSČ:
Datum narození:	Tel:	Email:

Tímto žádám o zrušení členství, z důvodu:

ke dni:

Datum

Podpis žadatele

Podpis (v zastoupení
Avalon Fitness s.r.o.)