

WATERPROOF

OPZEGGING LIDMAATSCHAP

Achternaam (*last name*): _____

Voornaam (*first name*): _____ m/v

Adres (*adress*): _____

Postcode (*postal code*): _____

Plaats (*city*): _____

Telefoonnummer (*telephone number*): _____

Mobielnr/ tel nr werk of ouders (*mobile/work*): _____

Email adres (*email*): _____

Geboortedatum (*date of birth*): _____

Nationaliteit (*nationality*): _____

Hierbij wil ik me afmelden voor het lidmaatschap bij WZV Waterproof en verklaar ik op de hoogte te zijn van het contributie- en opzeggingsreglement. *I want to terminate my membership of w.z.v. Waterproof and I accept the regulations for subscription and termination of the membership.*

Plaats en datum *Place and date*

Handtekening (ouders/ verzorgers indien minderjarig) *Signature*
