

# ŽÁDOST O VÝPOVĚĎ ČLENSTVÍ

ID člena: \_\_\_\_\_

Příjmení: _____	Adresa: _____	
Jméno: _____	Město: _____	PSČ: _____
Datum narození:     /     /	E-mail: _____	Telefon: _____

Tímto žádám o zrušení mého členství, z důvodu: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tento formulář slouží jako potvrzení o převzetí žádosti o výpověď členství. Žádost bude posuzována v souladu s členskou smlouvou a všeobecnými smluvními podmínkami. O výsledku přijetí / nepřijetí výpovědi Vás budeme informovat na výše uvedené kontakty.

V \_\_\_\_\_ dne     /     /

\_\_\_\_\_  
Podpis žadatele

\_\_\_\_\_  
Podpis (v zastoupení  
Form Factory s. r. o.)

\* poskytnutí důvodu výpovědi je dobrovolné