

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zawartej na czas określony

## DANE OSOBOWE KLUBOWICZA (Obowiązkowe do wykonania umowy)

Imię																	Pesel																
Nazwisko																		Nr dowodu															
Kod pocztowy, miejscowość																																	
Ulica, numer																																	
Adres do korespondencji																																	
Adres email																																	

[www.interfitclub.pl](http://www.interfitclub.pl)

- Zgodnie z Warunkami Członkostwa w Klubie INTERFIT CLUB proszę o zamrożenie mojej Umowy członkowskiej na okres  pełnych miesięcy

od dnia --

do dnia --

## UZASADNIENIE

- Zgodnie z Warunkami Członkostwa w Klubie INTERFIT CLUB (tj. cięża z przeciwwskazaniami medycznymi do wykonywania aktywności fizycznej) proszę o automatyczne zamrożenie mojej Umowy okres miesięcy  (maksymalnie długość ciąży i porodu).

od dnia --

do dnia --

## ZAŁĄCZNIKI POTWIERDZAJĄCE UZASADNIENIE WNIOSKU

## Data złożenia/wpływu wniosku

--

--

Podpis Klubowicza

--

Podpis Pracownika Klubu  
w imieniu Klubu  
potwierdzający złożenie/wpływ wniosku