

VÝPOVEĎ ČLENSTVA

ID člena: _____

Priezvisko: _____	Adresa: _____	
Meno: _____	Mesto: _____	PSČ: _____
Dátum narodenia: / / _____		

Týmto žiadam o zrušenie môjho členstva, z dôvodu*:

a to ku dňu: / / _____

V _____ dňa / / _____

Podpis žiadateľa

Podpis
(v zastúpení Form Factory Slovakia s.r.o.)

* poskytnutie dôvodu výpovedi je dobrovoľné