



Nr. .... / .....

## CERERE DE ÎNSCRIERE ÎN ASOCIAȚIA TERRA DACICA AETERNA

### 1. Date personale

Subsemnatul.....,  
CI. seria ..... , nr ....., CNP .....,  
domiciliat în .....  
.....,  
Tel./fax ....., email .....,  
cetățean....., solicit a fi acceptat ca membru **simpatizant** în cadrul Asociației  
TERRA DACICA AETERNA.

Declar că am luat la cunoștință atât drepturile și obligațiile care imi revin conform Statutului și Regulamentului de Ordine Interioară ale Asociației TERRA DACICA AETERNA cât și de riscurile implicate de participarea la activitățile acesteia. Menționez că Asociației nu îi revine absolut nicio obligație civilă sau penală, în ceea ce mă privește, în cazul accidentării/rănirii mele, în activitatea pe care o desfășor în cadrul Asociației.

### 2. Date suplimentare:

<b>Titlu:</b>		<b>Meserie</b>				
<b>Ce aspecte sau perioadă a istoriei dacice / romane vă interesează mai mult?</b>						
<b>Aveți abilități / preocupări/hobby care credeți că ar putea fi utile Asociației?</b>						
<b>Posesor mașină personală</b>		<b>Da</b>	<b>Nu</b>			
<b>La ce fel de activități doriți să participați? *</b>						
<b>1. Reconstituirea mediului cazon**</b>			<b>2. Producție de echipament</b>	<b>3. Religie</b>	<b>4. Alimentație</b>	<b>5. Producție ceramică</b>
<b>Daci</b>	<b>Romani</b>	<b>Sarmati</b>				

<b>6. Discutii / comunicari</b>	<b>7. Arta literatura</b>	<b>8. Educatie /pedagogie</b>	<b>9. Reconstituire tehnica de lupta</b>	<b>10. Suport tehnic (site /grafica/text )</b>
<b>11. Altele</b>				
* bifați în căsuțele corespunzătoare toate domeniile de interes pentru Dv.				
** Cei care doresc să participe la grupul de reconstituire a mediului cazon sunt rugați să completeze și tabelul de mai jos.				
Înălțime (cm.)	Greutate (kg.)	Afecțiuni medicale / Tratamente medicale în curs (în caz de neconcordanță cu realitatea Asociația TDA nu este responsabilă de eventualele incidente din timpul activităților sale)		
Datele înscrise în tabelele de mai sus sunt strict confidențiale. Vor fi utilizate exclusiv în scopul încheierii asigurării medicale de călătorie.				

*Observații:*

- 1. Datele personale completate vor fi utilizate exclusiv cu scopul încheierii asigurărilor medicale (Nume, Prenume, CI, CNP, Adresa, Afecțiuni medicale) și cu scopul informării membrilor privind activitățile Asociației (Tel./fax, Email). Domiciliul se va completa în conformitate cu actul de identitate. Orice modificare privind datele personale va fi notificată în cel mai scurt timp, în scris, prin trimiterea formularului de înscriere (cu datele actualizate) pe adresa de email a Asociației.*
- 2. Asociația asigură fiecărui membru, la participarea la evenimentele în afara țării, asigurare medicala de calatorie de tip turist; membrii care doresc încheierea unei polițe pentru activități cu grad crescut de risc vor achita contravaloarea diferenței de preț; fiecare membru are obligația de a dovedi că este apt din punct de vedere medical pentru a participa la activitățile Asociației ( va prezenta la secretariatul Asociației o adeverință de la medic, care să certifice acest lucru )*
- 3. Copii sub 16 ani nu pot participa la activitățile de reconstituire a mediului cazon, iar la manifestările Asociației pot lua parte doar însoțiți și supravegheați de cel puțin un părinte sau tutore. În numele său va semna cererea de înscriere unul dintre părinți sau tutorele cu mențiunea numelui și a datelor de contact personale.*

Data: .....

Semnătura: .....

Se aprobă / Se respinge  
Președinte  
Panov Lucian

Data înscrierii în Asociație (nu completați) : .....