…………………………………………………..…

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

OŚWIADCZENIE KLUBU O BRAKU ZALEGŁOŚCI FINANSOWYCH
W STOSUNKU DO URZĘDU SKARBOWEGO

W imieniu Klubu……………………………………………………………………………

(nazwa Klubu zgodna z rejestrem urzędowym)

oświadczam/y, że Klub nie posiada zaległości podatkowych przekraczających 90 dni w stosunku do Urzędu Skarbowego wg stanu na dzień składania wniosku.

………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………….

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania klubu)

*Oświadczenie mogą podpisać osoby, które są upoważnione do reprezentowania Klubu zgodnie z zapisami w dokumentach urzędowych Klubu (KRS, Statut)*

…………………………………………………..…

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

OŚWIADCZENIE KLUBU O BRAKU ZALEGŁOŚCI FINANSOWYCH
W STOSUNKU DO ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

W imieniu Klubu……………………………………………………………………………

(nazwa Klubu zgodna z rejestrem urzędowym)

oświadczam/y, że Klub nie posiada zaległości przekraczających 90 dni w opłacaniu składek na ubezpieczenie społeczne, ubezpieczenie zdrowotne, Fundusz Pracy
i Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Zdrowotnych wg stanu na
dzień złożenia wniosku.

……………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….…

……………………………………………………………………….…

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania klubu)

*Oświadczenie mogą podpisać osoby, które są upoważnione do reprezentowania Klubu zgodnie z zapisami w dokumentach urzędowych Klubu (KRS, Statut).*

…………………………………………………..…

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

OŚWIADCZENIE KLUBU O BRAKU ZALEGŁOŚCI FINANSOWYCH

W imieniu Klubu……………………………………………………………………………

(nazwa Klubu zgodna z rejestrem urzędowym)

oświadczam/y, że Klub nie posiada bezspornych zaległości finansowych przekraczających 90 dni, w rozliczeniach klubu z zawodnikami, trenerami, innymi klubami oraz osobami związanymi z klubem umową wg stanu na
dzień złożenia wniosku.

…………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………….……

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania klubu)

*Oświadczenie mogą podpisać osoby, które są upoważnione do reprezentowania Klubu zgodnie z zapisami w dokumentach urzędowych Klubu (KRS, Statut).*

…………………………………………………..…

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

OŚWIADCZENIE KLUBU O BRAKU ZALEGŁOŚCI FINANSOWYCH WOBEC WOJEWÓDZKIEGO ZWIĄZKU PIŁKI SIATKOWEJ

W imieniu Klubu……………………………………………………………………………

(nazwa Klubu zgodna z rejestrem urzędowym)

oświadczam/y, że Klub nie posiada zaległości finansowych przekraczających 90 dni wobec Wojewódzkiego Związku Piłki Siatkowej z siedzibą w .………………………..

wg stanu na dzień złożenia wniosku.

……………………………………………………………………….…

………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….…

……………………………………………………………………….…

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania klubu) (pieczęć właściwego WZPS-U)

*Oświadczenie mogą podpisać osoby, które są upoważnione do reprezentowania Klubu zgodnie z zapisami w dokumentach urzędowych Klubu (KRS, Statut).*

…………………………………………………..…

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

ZOBOWIĄZANIE KLUBU DO PRZESTRZEGANIA REGULAMINÓW

W imieniu Klubu……………………………………………………………………………

(nazwa Klubu zgodna z rejestrem urzędowym)

zobowiązujemy się do przestrzegania statutu i regulaminów PZPS, CEV oraz FIVB .

………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………..…

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania klubu)

*Oświadczenie mogą podpisać osoby, które są upoważnione do reprezentowania Klubu zgodnie z zapisami w dokumentach urzędowych Klubu (KRS, Statut).*

OŚWIADCZENIE KLUBU O ZAPOZNANIU ZAWODNIKÓW ORAZ SZTABU SZKOLENIOWEGO Z LISTĄ SUBSTANCJI I METOD ZABRONIONYCH ZATWIERDZONĄ PRZEZ ŚWIATOWĄ ORGANIZACJĘ ANTYDOPINGOWĄ (WADA).

…………………………………………………..…

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

W imieniu Klubu……………………………………………………………………………

(nazwa Klubu zgodna z rejestrem urzędowym)

oświadczam/y, że zobowiązujemy się do zapoznania zawodników oraz sztabu szkoleniowego naszego Klubu z listą substancji i metod zabronionych zatwierdzoną przez Światową Organizację Antydopingową (WADA).

……………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

……………………………………………………………………….…

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania klubu)

*Oświadczenie mogą podpisać osoby, które są upoważnione do reprezentowania Klubu zgodnie
z zapisami w dokumentach urzędowych Klubu (KRS, Statut). Lista substancji i metod zabronionych dostępna jest na stronie* [www.antydoping.pl](http://www.antydoping.pl)

OŚWIADCZENIE KLUBU O ZAPOZNANIU ZAWODNIKÓW, SZTABU SZKOLENIOWEGO ORAZ OSÓB UPOWAŻNIONYCH PRZEZ KLUB DO PODPISYWANIA KONTRAKTÓW Z LISTĄ MENEDŻERÓW LICENCJONOWANYCH PZPS

…………………………………………………..…

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

W imieniu Klubu……………………………………………………………………………

(nazwa Klubu zgodna z rejestrem urzędowym)

oświadczam/y, że zobowiązujemy się do zapoznania zawodników oraz sztabu szkoleniowego naszego Klubu z listą menedżerów licencjonowanych PZPS.

…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….…

……………………………………………………………………….…

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania klubu)

*Oświadczenie mogą podpisać osoby, które są upoważnione do reprezentowania Klubu zgodnie z zapisami w dokumentach urzędowych Klubu (KRS, Statut). Lista menedżerów licencjonowanych dostępna jest na stronie* [www.pzps.pl](http://www.pzps.pl/)

ZOBOWIĄZANIE KLUBU DO PODDANIA SIĘ ROZSTRZYGNIĘCIOM SĄDU ODWOŁAWCZEGO

…………………………………………………..…

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

W imieniu Klubu……………………………………………………………………………

(nazwa Klubu zgodna z rejestrem urzędowym)

zobowiązujemy się do poddania się rozstrzygnięciom Sądu Odwoławczego przy PZPS w przypadku wystąpienia sporów o prawa majątkowe ze stosunków związanych z udziałem w rozgrywkach szczebla centralnego.

…………………………………………………………………………

………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….…

……………………………………………………………………….…

(podpisy osób upoważnionych do reprezentowania klubu)

*Oświadczenie mogą podpisać osoby, które są upoważnione do reprezentowania Klubu zgodnie z zapisami w dokumentach urzędowych Klubu (KRS, Statut).*

WEWNĘTRZNA WERYFIKACJA HALI SPORTOWEJ

…………………………………………………..…

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

Nazwa Hali:………………………………………………………………………………………………………..

Adres hali sportowej…………………………………………………………………………………………….

Data weryfikacji: ……………………………..



(Należy wypełnić wszystkie wymiary na rysunku)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Liczba miejsc:** |  |  |  |  |
| dla publiczności ……………………. |  |  |  |  |
| dla prasy ……………………………… |  |  |  |  |
|  |  | TAK |  | NIE |
| podłoga | drewniana |   |  |   |
| jeżeli podłoga nie jest drewniana proszę opisać rodzaj podłoża | …………………………… |  |  |  |
| parkiet do gry | Gerflor/Mondoflex |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| oświetlenie | min.1500 Lux |   |  |   |
| jeżeli mniej niż 1500 Luxów wpisać ile | …………………………… |  |  |  |
| linie wyznaczające boisko | tylko do siatkówki |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| system dźwiękowy |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| klimatyzacja |  |   |  |   |
| **wymiary hali** |  |  |  |  |
| długość | m |  |  |  |
| szerokość | m |  |  |  |
| wysokość | m |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| elektroniczna tablica wyników |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Szatnie:** |  |  |  |  |
| prysznice |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| stół do masażu |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| toaleta |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| szafki |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| ławki lub krzesła |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| **Pokój sędziowski:** |  |  |  |  |
| prysznice |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| toaleta |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| szafki |  |   |  |   |
|  |  |  |  |  |
| ławki lub krzesła |  |   |  |   |
| **Pokój medyczny:** |  |  |  |  |
| Możliwość zabezpieczenia pomieszczenia na pokój medyczny |  |   |  |   |

**UWAGI:**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………….

 DATA I PODPIS PRZEDSTAWICIELA KLUBU

 PIECZĘĆ WŁAŚCIWEGO WZPS

…….…………………………………………..

 PODPIS PRZEDSTAWICIELA WZPS