



**I PUCHAR POLSKI
FARMACEUTÓW
W NARCIARSTWIE ALPEJSKIM
ISTEBNA, 28 STYCZNIA 2017**



ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA W ZAWODACH

Zgłaszam swój udział w zawodach w kategorii „FARMACEUTA”

1) Imię i nazwisko: _____ data urodzenia: _____

nr tel. kontaktowego: _____ adres e-mailowy: _____

Izba Aptekarska: _____

2) Imię i nazwisko: _____ data urodzenia: _____

nr tel. kontaktowego: _____ adres e-mailowy: _____

Izba Aptekarska: _____

Zgłaszam udział osoby towarzyszącej w zawodach w kategorii „PRZYJACIEL FARMACJI”

1) Imię i nazwisko: _____ data urodzenia: _____

nr tel. kontaktowego: _____ adres e-mailowy: _____

2) Imię i nazwisko: _____ data urodzenia: _____

nr tel. kontaktowego: _____ adres e-mailowy: _____

Zgłaszam udział dziecka w zawodach w kategorii „JUNIOR”

1) Imię i nazwisko: _____ data urodzenia: _____

2) Imię i nazwisko: _____ data urodzenia: _____

Zgłaszam udział dziecka w zawodach w kategorii „DZIECI”

1) Imię i nazwisko: _____ data urodzenia: _____

2) Imię i nazwisko: _____ data urodzenia: _____

Zgłaszam udział swojej rodziny (3 osoby) w kategorii „PUCHAR RODZIN”

1) Imię i nazwisko: _____

2) Imię i nazwisko: _____

3) Imię i nazwisko: _____

W klasyfikacji rodzinnej mogą startować następujące trzyosobowe składy: ojciec, matka, dziecko; dziadek lub babcia, syn lub córka, wnuk lub wnuczka.

Akceptuję regulamin zawodów i jednocześnie oświadczam o braku przeciwwskazań zdrowotnych do uprawiania narciarstwa. Organizator zawodów nie ubezpiecza uczestników Mistrzostw od odpowiedzialności cywilnej. Udział w zawodach odbywa się na własne ryzyko i ryzyko osób towarzyszących.

DATA _____

CZYTELNY PODPIS _____