



**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 telef. kontaktowego: \_\_\_\_\_ adres e-mailowy: \_\_\_\_\_

Izba Aptekarska: \_\_\_\_\_

2) Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ data urodzenia: \_\_\_\_\_

nr telef. kontaktowego: \_\_\_\_\_ adres e-mailowy: \_\_\_\_\_

Izba Aptekarska: \_\_\_\_\_

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

1) Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ data urodzenia: \_\_\_\_\_

nr telef. kontaktowego: \_\_\_\_\_ adres e-mailowy: \_\_\_\_\_

2) Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ data urodzenia: \_\_\_\_\_

nr telef. kontaktowego: \_\_\_\_\_ adres e-mailowy: \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_