**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**W**

**II MISTRZOSTWACH FIRM FARMACEUTYCZNYCH**

**30 SIERPNIA -01 WRZEŚNIA 2019 R.**

(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE I ODESŁANIE DO DNIA 20 sierpnia 2019 r.)

Ja niżej podpisana/y zgłaszam swój udział/załogę w składzie\*:

**1).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**2).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**3).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**4).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**5).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**6).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

w II Mistrzostwach Firm Farmaceutycznych w terminie 30 sierpnia - 01 września 2019 r. oraz zobowiązuje się do wpłaty należności za wybrany przez mnie rodzaj pobytu - od każdej osoby wchodzącej w skład załogi. Akceptuję regulamin II Mistrzostw Firm Farmaceutycznych . Każda załoga bierze pełną odpowiedzialność za wylosowany jacht oraz własne bezpieczeństwo.

…………………. …………………………………………….. …………………………

 (data) ( Nr Patentu) (podpis uczestnika/sternika)