

**II Mistrzostwa Polski Farmaceutów w maratonie MTB
Warszawa Józefów Holiday Inn 23 września 2017r.**

Formularz zgłoszenia udziału

• **ZGŁASZAM UDZIAŁ W ZAWODACH W KATEGORII „FARMACEUCI”**

1. IMIĘ I NAZWISKO:..... DATA URODZENIA:

MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA:.....

NR TELEF. KONTAKTOWEGO: ADRES E-MAILOWY:

IZBA APTEKARSKA:

2. IMIĘ I NAZWISKO:..... DATA URODZENIA:

MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA:.....

NR TELEF. KONTAKTOWEGO: ADRES E-MAILOWY:

IZBA APTEKARSKA:

• **ZGŁASZAM UDZIAŁ W ZAWODACH W KATEGORII „PRZYJACIELE FARMACJI”**

1. IMIĘ I NAZWISKO:..... DATA URODZENIA:

MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA:.....

NR TELEF. KONTAKTOWEGO: ADRES E-MAILOWY:

2. IMIĘ I NAZWISKO:..... DATA URODZENIA:

MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA:.....

NR TELEF. KONTAKTOWEGO: ADRES E-MAILOWY:

• **ZGŁASZAM UDZIAŁ W ZAWODACH W KATEGORII „DZIECI”**

1. IMIĘ I NAZWISKO: DATA URODZENIA

2. IMIĘ I NAZWISKO: DATA URODZENIA

Zgłoszenie do zawodów jest traktowane jako zaakceptowanie warunków regulaminu maratonu i wyrażenie zgody zgłaszającego na przetwarzanie jego danych osobowych przez organizatorów w celach informacyjno-marketingowych, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz.U. nr 101, poz. 926, tekst jednolity).

Startujący w II Mistrzostwach Polski Farmaceutów w maratonie MTB niniejszym oświadcza, iż jego stan zdrowia jest dobry i bierze udział w maratonie na własną odpowiedzialność, wyłączając tym samym organizatorów z odpowiedzialności w razie wypadku.

Wypełnione zgłoszenie prosimy wysłać na adres biuro@mazoviamtb.pl, lub w kopercie za pośrednictwem kierowcy HURTAP z dopiskiem: Dział Marketingu Karolina Sobczak.

.....
data

.....
czytelny podpis