

'A scena
è tanta
TEAM

**ASD TEAM BIKE
PALOMBARA SABINA**

MODULO DI ISCRIZIONE TEAM

Inviare modulo specificando il percorso e copia versamento via mail a info@asdteambikepalombarasabina.com

C/C Bancario intestato: ASD TeamBike Palombara Sabina

Banca Unicredit

IBAN IT 76 G 02008 39331 000103241504

BICSWIFT UNCRITM1464

Società di appartenenza		
Indirizzo		
Città	c.a.p.	
Provincia	Tel.	
Cod. società'	Ente	
Partecipanti n.	Totale squadra €.	
1	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono e-mail
2	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono e-mail
3	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono e-mail
4	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono e-mail

5	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono
		e-mail

6	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono
		e-mail

7	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono
		e-mail

8	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono
		e-mail

9	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono
		e-mail

10	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Percorso <input type="checkbox"/> Marathon <input type="checkbox"/> Point to Point <input type="checkbox"/> Cicloturistica	Telefono
		e-mail

<p>Sottoscrivendo il presente modulo il Presidente della Società dichiara che gli iscritti sono nelle condizioni medico-sanitarie idonee alla pratica dell'attività ciclistica, sono in possesso di regolare tessera per svolgere attività ciclistica nell'anno in corso, di conoscere ed accettare le norme del Regolamento 2016</p>		<p>Firma del presidente</p>
---	--	-----------------------------