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

- **ZGŁASZAM UDZIAŁ W ZAWODACH W KATEGORII „FARMACEUTA"**

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 JAKO OSOBY TOWARZYSZĄCEJ W ZAWODACH W KATEGORII „PRZYJACIEL 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