



1.	PEŁNA NAZWA FIRMY	
2.	NIP	
3.	MIEJSCOWOŚĆ, KOD POCZTOWY	
4.	ULICA, NR LOKALU	
5.	OSOBA DO KONTAKTU	
6.	TELEFON	
7.	FAX	
8.	E-MAIL	

## ZESPÓŁ

	IMIĘ I NAZWISKO CZŁONKA ZESPOŁU	ROZMIAR KOSZULKI <small>S/M/L/XL/XXL</small>
I. [Lider]	NUMER TELEFONU, MAIL	
II.		
III.		

## DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY:

NAZWA	
ADRES	
NIP	

Prosimy o odesłanie w nieprzekraczalnym terminie do dnia **31.05.2017 r.** wypełnionego formularza zgłoszeniowego, potwierdzenia przelewu oraz oświadczenia na adres: [mistrzostwa@pogotowie-mielec.pl](mailto:mistrzostwa@pogotowie-mielec.pl)

Jednocześnie prosimy o przesłanie powyższego formularza, z podpisem i pieczętką potwierdzającą zgodność danych, drogą listową.

**Decyduje kolejność zgłoszeń. O liczbie zespołów zagranicznych decyduje Organizator.**

Opłata za uczestnictwo wynosi: **900 zł brutto** za **1 osobę** (VAT zwolniony na podstawie oświadczenia, który należy przesłać wraz ze zgłoszeniem) - **członek zespołu**

Wpłata na konto: **BGŻ BNP PARIBAS S.A. 20 2030 0045 1110 0000 0232 2410**

Brak wpłaty do dn. **31.05.2017** oznacza rezygnację z udziału w zawodach. W ramach opłaty zapewnione są noclegi, wyżywienie i materiały informacyjne.

## WYPEŁNIA ORGANIZATOR

NUMER ZGŁOSZENIA:	
DATA ZGŁOSZENIA:	

.....  
DATA, PODPIS, PIECZĄTKA