Formularz zgłoszenia udziału
w I Mistrzostwach Polski Farmaceutów
w maratonie MTB
Kępa k/Sochocina 10 września 2016r.

- **Zgłaszam swój udział w zawodach w kategorii „FARMACEUTA”**

Imię i nazwisko: ……..……..…. data urodzenia: ……..
miejscowość zamieszkania:…….
nr telef. kontaktowego: …… adres e-mailowy: ……..
Izba Aptekarska: ……..

Imię i nazwisko: ……..……..…. data urodzenia: ……..
miejscowość zamieszkania:…….
nr telef. kontaktowego: …… adres e-mailowy: ……..
Izba Aptekarska: ……..

- **Zgłaszam udział osoby towarzyszącej w zawodach w kategorii „PRZYJACIEL FARMACJI”**

Imię i nazwisko: ……..……..…. data urodzenia: ……..
miejscowość zamieszkania:…….
nr telef. kontaktowego: …… adres e-mailowy: ……..

Imię i nazwisko: ……..……..…. data urodzenia: ……..
miejscowość zamieszkania:…….
nr telef. kontaktowego: …… adres e-mailowy: ……..

- **Zgłaszam udział dziecka w zawodach w kategorii „DZIECI”**

Imię i nazwisko: ……. data urodzenia ……..……

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 I 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.

……. ……

data podpis