

## MODULO DI ISCRIZIONE

fax n° 06-92932974 o per e-mail a: iscrizioni@kronoservice.com

C/C Bancario intestato: TeamBike Civitavecchia

Banca di credito cooperativo di Roma

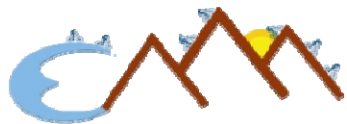
IBAN IT 51 G 0832 73904 0000000005680

Postepay n.4023 6006 3878 55 94 intestato a Casati Vanessa CSTVSS82A57G843M

IMPORTANTE: Inviare copia del versamento effettuato e modulo di iscrizione

fax n° 06-92932974 o per e-mail a: iscrizioni@kronoservice.com

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
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono
		e-mail
2	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono
		e-mail
3	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono
		e-mail
4	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono
		e-mail
5	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono
		e-mail



## MODULO DI ISCRIZIONE

fax n° 06-92932974 o per e-mail a: iscrizioni@kronoservice.com

6	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono e-mail
7	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono e-mail
8	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono e-mail
9	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono e-mail
10	Cognome e nome	Data di nascita
	Indirizzo	Numero tessera
	CAP Città Provincia	Sesso
	Categoria <input type="checkbox"/> Ciclo Amatore <input type="checkbox"/> Ciclo Escursionista	Telefono e-mail
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		Firma del presidente