**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Klub Sportowy** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWISKO i imię** | **Data ur.** | **Nr licencji** | Miejsce w eliminacjach | ZAMÓWIENIE OBIADÓW |
| 2.02. | 3.02 | 402 |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8.** | **TRENER** |  |  |  |  |  |  |
| **9.** | **OPIEKUN** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba zgłaszająca**  |  |
| **Adres e-mail, nr telefonu**  |  |

Wypełniony formularz zgłoszeniowy wraz z potwierdzeniem dokonania opłaty wpisowego **30 zł** od zawodnika/-czki na rachunek bankowy:

**Śląski Związek Tenisa Stołowego**

**40-226 Katowice, ul. Bogucicka 2/1A, tel.:** *883 763 625*

**konto: Getin Noble Bank S.A. II o. Katowice**

**nr konta: 28 1560 1108 0000 9060 0004 5275**

należy przesłać w nieprzekraczalnym terminie do dnia

**30 stycznia 2018 (wtorek) do godz. 21:00** na adresy e-mailowe:

wr@pzts.pl, biuro@slzts.pl **,**wojciechdrwiega@wp.pl, Zamówienie obiadu w HALI MOSiR w kwocie 26 zł / os. Proszę potwierdzić „X” w odpowiedniej rubryce. Płatne gotówką po przyjeździe w Biurze Zawodów (Organizator)