**KARTA POTWIERDZENIA**

**MISTRZOSTW POLSKI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH w BOCCI**

**Turniej finałowy w Wągrowcu 26-29 listopada 2015.**

**Polska Liga Bocci - Finał Mistrzostw Polski w Bocci**

**PROSZĘ ODESŁAĆ NA**
Email: start@start.org.pl / office@polskaboccia.pl

**do 12 listopada, godz. 12:00**

**KLUB :**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **OSOBA DO KONTAKTU:**  |
| **EMAIL::**  |
| **TELEFON:**  |

**Proszę wypełnić jeśli będą Państwo potrzebować fakturę za wpisowe :**

|  |
| --- |
| **Nazwa organizacji:**  |
| **adres:** |
| **numer NIP:** |
| **Osoba do kontaktu:**  |
| **EMAIL:**  |
| **TELEFON:**  |

**LISTA UCZESTNIKÓW**

**KATEGORIA BC1**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** | **IMIĘ** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |

**KATEGORIA BC2**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** | **IMIĘ** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**KATEGORIA BC3**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** | **IMIĘ** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**KATEGORIA BC4**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** | **IMIĘ** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**KATEGORIA BC5 – poza konkursem**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWISKO** | **IMIĘ** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

**OSOBY TOWARZYSZĄCE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NAZWISKO** | **IMIĘ** | **FUNKCJA** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |

**LISTA ZAKWATEROWANIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1 osoba** | **2 osoba** | **UWAGI / DODATKOWE INFORMACJE** |
| Pokój1 |  |  |  |
| Pokój 2 |  |  |  |
| Pokój 3 |  |  |  |
| Pokój 4 |  |  |  |
| Pokój 5 |  |  |  |
| Pokój 6 |  |  |  |