



TORNEO FÚTBOL SALA SAN CRISTÓBAL DE LA CUESTA 2017

Excelentísimo Ayto. de San Cristóbal de la Cuesta.

EQUIPO:

COLOR JUEGO:

JUGADOR	NOMBRE Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	DNI
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
DELEGADO		Teléfono de Contacto:	

CONSIDERACIONES:

- Autorizo a las partes implicadas en la organización del Torneo, a la obtención de documentos gráficos para su correcto uso.
- Declaro ser conocedor de la normativa del Torneo, habiendo sido informado a través las bases correspondientes. Las cuáles, al realizar ésta inscripción, acepto las condiciones de participación y de servicio.
- Declaro haber entregado la cuantía de la inscripción equivalente al seguro individual y las condiciones que ello conlleva a través del siguiente medio: (marque la forma correspondiente)
 - Transferencia a N° Cuenta: ES9720387749586000057409
 - Metálico
 - Ayuntamiento



---SI DESEAN CONTACTAR CON NOSOTROS---

DXT Y SALUD

Tel. 677619848 - 635302944

Mail: coordinador.dxt@gmail.com