



MODULO DI PARTECIPAZIONE

Nome	Cognome	Data di nascita

Indirizzo	Comune	CAP	Provincia

Nazione	Email	Telefono

Possessore di tessera per ciclismo?

SI

NO

Ente tessera	Numero tessera	Società	Codice Società

Se non possessore tessera per ciclismo ALLEGARE COPIA CERTIFICATO MEDICO ATTIDUDINALE PER LA PRATICA SPORTIVA IN CORSO DI VALIDITA' ALLA DATA DELLA MANIFESTAZIONE.

QUOTA DI ISCRIZIONE € 25

Metodo di pagamento*

- PAYPAL (commissione € 1.50) polisportivamichelangelo@gmail.com
- BONIFICO BANCARIO – COORDINATE BANCARIE BCC AGENZIA CAPRESE MICHELANGELO
IT98J083457136000000001185



MODULO DI PARTECIPAZIONE

Marca MTB	Modello MTB	Anno costruzione	Tipo di materiale	Freni

ALLUMINIO	<input type="checkbox"/>
ACCIAIO	<input type="checkbox"/>
TITANIO	<input type="checkbox"/>

(barrare la casella interessata)

*allegare ricevuta di pagamento al modulo di iscrizione

DATA

FIRMA

Mail: michelangeloteambike@gmail.com

INFO: ROBERTO 346.9754598 – SIMONA 347.2307353 (se non rispondiamo potete inviarci un WhatsApp vi contatteremo noi nel più breve tempo possibile)