

Compilare in tutte le sue parti il modulo, allegare ricevuta del versamento ed inviare alla Segreteria tramite:

- Via FAX al Numero: 06.92932974
- Via email all'indirizzo: iscrizioni@Kronoservice.com (inviare in copia conoscenza a asdilsalice@email.it)

MODALITA' DI PAGAMENTO:

BONIFICO BANCARIO: Presso Banca Popolare di Spoleto, Agenzia 4, Terni

IBAN: IT14 S 057 0414 4040 0000 0001 442

INTESTATO A: A.s.d. Il Salice

CAUSALE: 6° G.F. dell'Amore (specificando numero degli iscritti e nome società)

QUOTE DI ISCRIZIONE:

Amatori Uomini € 25,00 dal 03/11/14 al 28/02/15

Amatori Uomini € 30,00 dal 01/03/15 al 19/03/15 ore 16,00

Donne e Cicloturisti: € 20,00 dal 03/11/14 al 19/03/15

Riapertura iscrizioni Sabato 21 e Domenica 22 come da Regolamento

Nome Società

Indirizzo

Città

Provincia

Cap

Telefono

Ente

Cod Società

Email

Partecipanti n°

Totale €

Referente

1

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso ☐ M ☐ F ☐

Email

Cicloamatore ☐

Cicloturista ☐

Partenza alla Francese ☐

2

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso ☐ M ☐ F ☐

Email

Cicloamatore ☐

Cicloturista ☐

Partenza alla Francese ☐

3

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso ☐ M ☐ F ☐

Email

Cicloamatore ☐

Cicloturista ☐

Partenza alla Francese ☐

4

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso ☐ M ☐ F ☐

Email

Cicloamatore ☐

Cicloturista ☐

Partenza alla Francese ☐

5

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso ☐ M ☐ F ☐

Email

Cicloamatore ☐

Cicloturista ☐

Partenza alla Francese ☐



Partecipano per il
Premio San Valentino

Lui _____ Lei _____ / Lui _____ Lei _____

Sottoscrivendo il presente modulo di iscrizione il Presidente della società dichiara che gli iscritti sono nelle condizioni Medico-sanitarie idonee alla pratica dell'attività ciclistica, che sono in possesso di regolare tessera per svolgere l'attività Ciclistica nell'anno in corso, di conoscere ed accettare le norme del Regolamento 2015. In relazione alla normativa di cui alla Legge 31/12/96 n° 675 e decreto legislativo n° 196/2003 (sulla tutela della privacy) esprime il consenso al trattamento dei dati riportati sul presente modulo, da parte degli Organizzatori, per le finalità connesse o strumentali all'esercizio della loro attività.

Timbro Firma del Presidente

Data: ____/____/20____

Compilare in tutte le sue parti il modulo, allegare ricevuta del versamento ed inviare alla Segreteria tramite:

- Via FAX al Numero: 06.92932974
- Via email all'indirizzo: iscrizioni@Kronoservice.com (inviare in copia conoscenza a asdilsalice@email.it)

MODALITA' DI PAGAMENTO:

BONIFICO BANCARIO: Presso Banca Popolare di Spoleto, Agenzia 4, Terni

IBAN: IT14 S 057 0414 4040 0000 0001 442

INTESTATO A: A.s.d. Il Salice

CAUSALE: 6° G.F. dell'Amore (specificando numero degli iscritti e nome società)

QUOTE DI ISCRIZIONE:

Amatori Uomini € 25,00 dal 03/11/14 al 28/02/15

Amatori Uomini € 30,00 dal 01/03/15 al 19/03/15 ore 16,00

Donne e Cicloturisti: € 20,00 dal 03/11/14 al 19/03/15

Riapertura iscrizioni Sabato 21 e Domenica 22 come da Regolamento

6

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso **M** ☐ **F** ☐

Email

Cicloamatore

Cicloturista

Partenza alla Francese

☐

☐

☐

7

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso **M** ☐ **F** ☐

Email

Cicloamatore

Cicloturista

Partenza alla Francese

☐

☐

☐

8

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso **M** ☐ **F** ☐

Email

Cicloamatore

Cicloturista

Partenza alla Francese

☐

☐

☐

9

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso **M** ☐ **F** ☐

Email

Cicloamatore

Cicloturista

Partenza alla Francese

☐

☐

☐

10

Cognome e Nome

Data di Nascita

Indirizzo

N° Tessera

Città - Cap - Provincia

Codice Chip

Sesso **M** ☐ **F** ☐

Email

Cicloamatore

Cicloturista

Partenza alla Francese

☐

☐

☐



**Partecipano per il
Premio San Valentino**

Lui _____ Lei _____ / Lui _____ Lei _____

Sottoscrivendo il presente modulo di iscrizione il Presidente della società dichiara che gli iscritti sono nelle condizioni Medico-sanitarie idonee alla pratica dell'attività ciclistica, che sono in possesso di regolare tessera per svolgere l'attività Ciclistica nell'anno in corso, di conoscere ed accettare le norme del Regolamento 2015. In relazione alla normativa di cui alla Legge 31/12/96 n° 675 e decreto legislativo n° 196/2003 (sulla tutela della privacy) esprimo il consenso al trattamento dei dati riportati sul presente modulo, da parte degli Organizzatori, per le finalità connesse o strumentali all'esercizio della loro attività.

Timbro Firma del Presidente

Data: ____/____/20____

Per informazioni contattare: 389.5852806 Diego - 329.3279873 Luciano - Email : asdilsalice@email.it

CONTROLLA LA REGOLARE REGISTRAZIONE DELL'ISCRIZIONE SUL SITO WWW.ASDILSALICE.IT CLICCANDO SULL'APPOSITO LINK