



ISCRIZIONE EUROP ASSISTANCE RELAY MARATHON

NOME SQUADRA	
--------------	--

DATI ANAGRAFICI - 1° Frazione			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		SESSO	
INDIRIZZO			
CITTÀ			
CAP		PROVINCIA	
STATO		NAZIONALITÀ	
E-MAIL			
CELLULARE			
Per finalizzare l'iscrizione, l'atleta dovrà presentare un certificato medico di buona salute (o superiore)			

DATI ANAGRAFICI - 2° Frazione			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		SESSO	
INDIRIZZO			
CITTÀ			
CAP		PROVINCIA	
STATO		NAZIONALITÀ	
E-MAIL			
CELLULARE			
Per finalizzare l'iscrizione, l'atleta dovrà presentare un certificato medico di buona salute (o superiore)			

DATI ANAGRAFICI - 3° Frazione			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		SESSO	
INDIRIZZO			
CITTÀ			
CAP		PROVINCIA	
STATO		NAZIONALITÀ	
E-MAIL			
CELLULARE			
Per finalizzare l'iscrizione, l'atleta dovrà presentare un certificato medico di buona salute (o superiore)			

DATI ANAGRAFICI - 4° Frazione			
COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		SESSO	
INDIRIZZO			
CITTÀ			
CAP		PROVINCIA	
STATO		NAZIONALITÀ	
E-MAIL			
CELLULARE			
Per finalizzare l'iscrizione, l'atleta dovrà presentare un certificato medico di buona salute (o superiore)			

Versare la quota di iscrizione tramite Bonifico Bancario
 Banca Prossima: IBAN IT72V0335901600100000019685
 Causale: Rare Partners MCM2015

Inviare il/i modulo/i con la copia del bonifico via fax al n. 02/862130 o via email a
 m.zaccariello@rarepartners.org, or info@rarepartners.org