ABBONAMENTO ALLE 5 PROVE € 40,00

IBAN POSTALE n° IT50G0760102800000028613503

oppure

IBAN BANCARIO M.P.S ag. 21 IT46L0103002821000000289681

Specificando la causale :

Abbonamento manifestazioni circuito granfondo le Terre dei Medici

Cognome_____ **Nome**_____

Indirizzo_____**Città**_____

Provincia_____**C.A.P.**_____**Numero di telefono**_____

Data di nascita_____**e-mail**_____

Società di appartenenza_____

Tessera N° _____**Codice società**_____

Il concorrente dichiara di essere in possesso dell'attestato medico ai sensi del D.M. 18-02-82 e contestualmente all'iscrizione acconsente al trattamento dei propri dati ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03 sulla tutela dei dati personali.

Firma _____

Inviare il presente modulo interamente compilato tramite fax al numero di Fax 055.685064 unitamente alla ricevuta di avvenuto pagamento.