

Uisp Rimini Biliardo

1° CAMPIONATO 5 GIOCATORI 2024/2025

“DOMANDA DI ISCRIZIONE “

SERIE A1 **SERIE A2** **SERIE B** **SERIE C**

DATI DELLA SQUADRA :

NOMINATIVO : _____

SIGLA DA METTERE NEL CASO DI PIU SQUADRE :

A

B

C

D

Altro (specificare) _____

Indirizzo della Società : _____

C.A.P. : _____ Località : _____

Telefono : _____ / _____ Giornata di chiusura : _____

Numero di biliardi su cui gioca la squadra : 2 3

DATI DEL CAPITANO :

Cognome e Nome : _____

Indirizzo : Via _____ C.A.P. : _____

Località : _____ Telefono : _____ / _____ Cell. : _____

Indirizzo e-mail: _____

TERMINE ISCRIZIONI SABATO 26 OTTOBRE