

Uisp Bologna Biliardo

1° CAMPIONATO PROVINCIALE 5 GIOCATORI DI CHIUSURA 2019

“DOMANDA DI ISCRIZIONE “

DATI DELLA SQUADRA :	
NOMINATIVO :	_____
SIGLA DA METTERE NEL CASO DI PIU SQUADRE :	
A	<input type="checkbox"/>
B	<input type="checkbox"/>
C	<input type="checkbox"/>
D	<input type="checkbox"/>
Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> _____
Indirizzo della Società :	_____
C.A.P. :	_____ Località : _____
Telefono : _____ / _____	Giornata di chiusura : _____
Numero di biliardi su cui gioca la squadra :	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

DATI DEL CAPITANO :	
Cognome e Nome : _____	
Indirizzo : Via _____	C.A.P. : _____
Località : _____	Telefono : _____ / _____ Cell. : _____
Indirizzo e-mail: _____	

TERMINE ISCRIZIONI SABATO 11 MAGGIO 2019