**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**W**

**I MISTRZOSTWACH FIRM FARMACEUTYCZNYCH**

**07-09.WRZEŚNIA 2018 R.**

(PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE I ODESŁANIE DO DNIA 25 sierpnia 2018 r.)

Ja niżej podpisana/y zgłaszam swój udział/załogę w składzie\*:

**1).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**2).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**3).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**4).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**5).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

**6).** ………………………………………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko)

………………………………………………………………………………………………....

(adres do korespondencji)

…………………………………………………………………………………………………

( nr dowodu osobistego)

....................................................................................................................................................

(nr telefonu)

………………………………………………………………………………………………….

(adres e-mail)

w I Mistrzostwach Firm Farmaceutycznych w terminie 7-9 września 2018 r. oraz zobowiązuje się do wpłaty należności za wybrany przez mnie rodzaj pobytu - od każdej osoby wchodzącej w skład załogi. Akceptuję regulamin I Mistrzostw Firm Farmaceutycznych . Każda załoga bierze pełną odpowiedzialność za wylosowany jacht oraz własne bezpieczeństwo.

…………………. …………………………………………….. …………………………

 (data) ( Nr Patentu) (podpis uczestnika/sternika)