**Warszawska Izba**

**Lekarsko-Weterynaryjna**

Formularz zgłoszenia udziału w Mistrzostwach Polski

w Strzelectwie Myśliwskim Lekarzy Weterynarii

„Suchodół 2014”

Nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………….

Imię: ……………………………………………………….…………………………………………………………

Adres do korespondencji: ………………………………………………………………………………….

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

E-mail: ………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………..

Zatrudnienie lub rodzaj prowadzonej działalności (opis): .…………………………………

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

Usługa hotelowa: TAK NIE

Ilość miejsc:

………………………………………………

podpis

Wypełniony formularz prześlij na adres: **radzikowski@piwzyrardow.pl**