|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Spartan\Desktop\PZSN_2014\Logo\logo PZSN.jpg | **TURNIEJ KWALIFIKACYJNY NIESŁYSZĄCYCH****PAR MIESZANYCH****W CURLINGU****ŁÓDŹ, dn. 28-29 grudnia 2024** | https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/8c/Curling_pictogram_lip.png |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA IMIENNEGO** |
| Nazwa i adres Klubu: Kontakt email/tel:  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nazwisko i imię | Numerlicencji PZSN | Uwagi |
| 1. |  |  |  |
|  |  |  |
| 2. |  |  |  |
|  |  |  |
| 3. |  |  |  |
|  |  |  |
| 4. |  |  |  |
|  |  |  |
| 5. |  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Oficjele** |
| Trener |  |
| Kierownik |  |
| Inne osoby |  |

|  |
| --- |
| Za Zarząd |
| Miejscowość i data | Pieczątka Klubu | Prezes Klubu |
| Uwagi :* Prawo startu w meczach TKN mają wszyscy wymienieni wyżej zawodnicy (po sprawdzeniu tej listy przez licencję PZSN)
* Kluby które nie przesłały do PZSN licencji aktualnych członków - nie mają prawa startu w imprezach organizowanych przez PZSN (pod karą dyskwalifikacji).

Wypełniony formularz prosimy wysłać 7 dni przed imprezy (liczy się data wpływu)nasz adres email: curling@pzsn.pl i thomaslodz@gmail.com  |