

Zwrot opłat w zawodach 20..... rok
Kadra Województwa Zachodniopomorskiego

Imię i nazwisko zawodnika:.....

Data urodzenia:.....

Kategoria:.....

Nazwa konia/koni.....

Termin i rodzaj zawodów.....

Zajęte miejsce na zawodach.....

Nazwisko posiadacza konta:.....

Nr konta:.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:.....

Nr tel.....

Mail:.....

Podpis:.....

!!Formularz wysłać na adres zzj.szczecin@gmail.com

Kwota zwrotu (wypełnia ZZJ)

.....