

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **PEŁNA NAZWA FIRMY** |  |
| **2.** | **NIP** |  |
| **3.** | **MIEJSCOWOŚĆ, KOD POCZTOWY** |  |
| **4.** | **ULICA, NR LOKALU** |  |
| **5.** | **OSOBA DO KONTAKTU** |  |
| **6.** | **TELEFON** |  |
| **7.** | **E-MAIL** |  |
| **INNI UCZESTNICY** |
| **IMIĘ I NAZWISKO**  | **STANOWISKO** | **NUMER TELEFONU** | **ROZMIAR KOSZULKI****S/M/L/XL/XXL/XXXL** |
| **I.**  |  |  |  |  |
| **II.** |  |  |  |  |
| **III.** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **W związku z organizacją transportu na obserwację konkurencji nocnej / konkurencji dziennych prosimy o wypełnienie tabeli poprzez zaznaczenie znakiem "X"** |
| **TRANSPORT KONKURENCJA NOCNA22/23.05.2024 r.**  | **TRANSPORT KONKURENCJE DZIENNE23.05.2024 r.**  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Niniejszym potwierdzam zgodność danych podanych w formularzu oraz akceptuję regulamin X Regionalnych Mistrzostw w Ratownictwie Medycznym Lublin 22 – 24 maja 2024 r.** |
|  |
| **Miejscowość** | **Data** | **Pieczęć i Podpis** |
| Prosimy o odesłanie w nieprzekraczalnym terminie do dnia **29.03.2024 r.** skanu wypełnionego i podpisanego formularza zgłoszeniowego na adres: **mistrzostwa@pogotowie.lublin.pl** **Oryginały dokumentów tj.: formularz zgłoszeniowy oraz zgodę na przetwarzanie danych osobowych i publikację wizerunku (dla każdego z osobna) prosimy przesłać pocztą tradycyjną na adres: Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe SP ZOZ w Lublinie, ul. Spadochroniarzy 8, 20-043 Lublin do 05.04.2024 r.** **Decyduje kolejność zgłoszeń.**Opłata za uczestnictwo wynosi:**INNY UCZESTNIK - 2 500 zł netto** + **23 % VAT**  za **1** osobę **Wpłata na konto: Velo Bank O/Lublin nr 10 1560 0013 2015 2241 7000 0006** z tytułem **X Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym Lublin 2024** Wpłatę za uczestnictwo w mistrzostwach prosimy uiścić do dnia **05.04.2024 r.** Brak wpłaty w terminie oznacza rezygnację z udziału w zawodach.W ramach opłaty zapewnione są noclegi, pakiet startowy, wyżywienie i materiały informacyjne. |