



## MODULO DI PARTECITAZIONE

Nome	Cognome	Data di nascita

Indirizzo	Comune	CAP	Provincia

Nazione	Email	Telefono

Possessore di tessera per ciclismo?

 SI NO

Ente tessera	Numero tessera	Società	Codice Società

Se non possessore tessera per ciclismo ALLEGARE COPIA CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO IN CORSO DI VALIDITA' ALLA DATA DELLA MANIFESTAZIONE

QUOTA DI ISCRIZIONE € 25 (+ € 5 per i non possessori di tessera per il ciclismo)

Metodo di pagamento\*

- PAYPAL
- BONIFICO BANCARIO – COORDINATE BANCARIE IT98J0834571360000000001185 (BCC ANGHIARI E STIA AGENZIA DI CAPRESE MICHELANGELO)



## MODULO DI PARTECITAZIONE

Marca MTB	Modello MTB	Anno costruzione	Tipo di materiale	Freni

ALLUMINIO	<input type="checkbox"/>
ACCIAIO	<input type="checkbox"/>
TITANIO	<input type="checkbox"/>

(barrare la casella interessata)

\*allegare ricevuta di pagamento al modulo di iscrizione

DATA

---

FIRMA

---

Mail: [michelangeloteambike@gmail.com](mailto:michelangeloteambike@gmail.com)

INFO: ROBERTO 346.9754598 – ANDREA 347. 898 8454 - SIMONA 347.2307353