



FORMULAR ÎNSCRIERE
CUPA IPA 2024
03.10. – 06.10.2024

ECHIPA: IPA REGIUNEA _____

NR. CRT	NUME SI PRENUME	DATA NASTERII	SERIE LEG.IPA	APT MEDICAL**
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

* este obligatorie semnătura și parafa medicului înainte de începerea competiției.

** prin completarea și transmiterea *Formularului de înscriere* declar că au luat la cunoștință de condițiile și prevederile *Regulamentului de Organizare și Desfășurare al CUPEI IPA Ediția 2024*

*** formularul de înscriere se transmite pe adresa de email: i.melinte@iparomania.ro pana la data de **01.09.2024** sau pe whatsapp la numărul de telefon **0742.038.492**

NUMELE ȘI PRENUMELE _____

SEMNĂTURA _____

DATA: _____

ȘTAMPILA REGIUNII

