



FORMULAR ÎNSCRIERE
CUPA IPA 2026
24.09. – 27.09.2026

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.				

Nr. Crt.	Pachet cazare	Adulți /Nr.	Copii/Nr.

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

** prin completarea și transmiterea *Formularului de înscriere* declar că am luat la cunoștință de condițiile și prevederile *Regulamentului de Organizare și Desfășurare al CUPEI IPA Ediția 2026*

*** formularul de înscriere se transmite pe adresa de email: i.melinte@iparomania.ro pana la data de **25.08.2026** sau pe whatsapp la numărul de telefon **0742.038.492**