MODULO DI ISCRIZIONE PER GRUPPI

4°MAROTTA MONDOLFO RUN DEL 24 SETTEMBRE 2023

Società | **/** |

EPS / Codice — **Denominazione**

QUOTE DI ISCRIZIONE

- **11,5 Km COMPETITIVA** € 10,00
- **11,5 Km NON COMP.** € 10,00
- **Camminate 8km e 9,6km** € 10,00
- **Minipodistiche** € 2,00

INFO 4°MAROTTA MONDOLFO RUN
Telefono 339 5950570
Email marottamondolforun@gmail.com
Sito http://marottamondolforun.it/

Per la gara non competitiva, camminate e minipodistiche è gradita una preiscrizione compilando un form presente sul sito http://marottamondolforun.it/

MODALITA' DI PAGAMENTO:

PER LA GARA COMPETITIVA KM 11,5 pagamento anticipato della quota che dovrà avvenire con bonifico bancario
IBAN IT 75 I 06230 68396 0000 1513 8803
intestato a MAROTTA MONDOLFO RUN ASD,
copia del quale dovrà essere allegato al presente modulo
Nella causale indicare: 4MMRUN + Nome Società
INVARE QUESTA SCHEDA ISCRIZIONE e CONTABILE del BONIFICO entro il 22 settembre 2023 alle seguenti email
E-mail: iscrizioni.mmrun@gmail.com
E-mail: sigma.strada@fidalmarche.com
Ritiro pettorali in zona partenza, presso Bocciodromo di Marotta in viale Europa (Sala Ciriachi) dalle ore 8.00 alle ore 9.00 del 24 settembre 2023

CHIUSURA ISCRIZIONI

Km 11,5 COMPETITIVA
Venerdì 22 settembre 2023 ore 24.00
Non sarà possibile iscriversi alla competitiva oltre questo termine

Km 11,5 NON COMPETITIVA
CAMMINATE e Minipodistiche
Con pagamento contante presso zona partenza
il 23 settembre dalle ore 15 alle ore 19
il 24 settembre entro le ore 9.00
Vedi info sul sito http://marottamondolforun.it/

N.	COGNOME	NOME	M/F	ANNO DI NASCITA	NUMERO TESSERA	CORSA COMPETITIVA 11,5 KM	Donatore AVIS	Taglia per Camminata S/M/L/XL	Camminata	Corsa no Comp. 11,5km	Mini Pod.

"Dichiaro sotto la mia personale responsabilità che i dati sopraindicati corrispondono a verità e che gli atleti in elenco partecipanti alla 4° Marotta Mondolfo Run, sono regolarmente tesserati per l'anno 2023. Dichiaro inoltre che tutti gli atleti, alla data del 24 settembre 2023, sono in possesso di regolare ed idoneo certificato medico".

Luogo e data _____ Cellulare Presidente _____ Firma del Presidente della Società _____ **TOTALE € _____,00**