



ENTRENAMIENTOS 29 y 30 de Abril - 2017



SOLICITUD INSCRIPCIÓN

Fecha y hora de recepción		Nº Entrada	
FECHA:			
HORA:			

DATOS PERSONALES			
-------------------------	--	--	--

PILOTO	1º Apellido:		2º Apellido:		Nombre:	
	Dirección:			C.P.:	Población:	
	Provincia:	País:	Nif/Cif:		Licencia:	
	Teléfono:	Teléfono:	Fax:	e-mail:		

DATOS DEL VEHÍCULO			
---------------------------	--	--	--

Marca:	Modelo:		Sobrealimentado	DIVISIÓN	
			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/>	DIVISIÓN I
Motor:	Cilindrada:		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	DIVISIÓN II
				<input type="checkbox"/>	DIVISIÓN III
				<input type="checkbox"/>	CAR CROSS
				<input type="checkbox"/>	CAR CROSS SERIES
				<input type="checkbox"/>	OFF-ROAD SERIES

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN: 50 €

FORMA DE PAGO:
TRANSFERENCIA: PT50 0033 0000 50133499595 05

FIRMA:

