

IME PREZIME

ADRESA POŠTANSKI BROJ

GRAD..... DRŽAVA

DATUM ROĐENJA SPOL.....

VISINA TEŽINA POZICIJA U IGRI

VELIČINA OPREME: (S, M, L, XL, XXL, XXXL).....

TEL.BR/RODITELJA TEL.BR/POLAZNIKA

IME ODOJKAŠKOG KLUBA

E-MAIL

BROJ ZDRAVSTVENE KARTICE

POSEBNE USLUGE :

PONJETI SA SOBOM:

- LIJEČNIČKA POTVRDA O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI
- IZJAVA RODITELJA O ALERGIJAMA NA LIJEKOVE ILI HRANU
- 2 FOTOGRAFIJE (3 X 4 cm)

PLANIRANE SMJENE**IZABRANU SMJENU OZNAČITE KRIŽIĆEM**

1. Smjena: 30. Lipanj – 6. Srpanj (1.400 Kn)
2. Smjena: 6. Srpanj - 12. Srpanj (1.400 Kn)

PRIJAVU IZVRŠITI (30 dana prije početka vaše smjene, navesti ime i prezime učesnika)

UPLATU IZVRŠITI NA RAČUN ILI DIREKTNO PO DOLASKU NA KAMP:

L.T.SPORT d.o.o. - OIB: 68019249202 - Partizanska 15 – HR 52440 Poreč – Hrvatska

BANKOVNI PODACI:

Privredna Banka Zagreb d.d. - Radnička cesta 50 - HR-10000 Zagreb - Hrvatska

SWIFT: PBZGHR2X ↪ IBAN: HR6923400091110746957

POSLATI REGISTRACIJSKI OBRAZAC, LIJEČNIČKU POTVRDU O ZDRAVSTVENOJ SPOSOBNOSTI

I KOPIJU BANKOVNOG TRANSFERA

NA FAX: +38552427081 ILI EMAIL: info@volleyteam.org

PO DOLASKU U KAMP SVI DOKUMENTI MORAJU BITI PREDANI U ORIGINALU

POTPIS RODITELJA ILI SKRBNIKA

DATUM
