

DOMANDA DI ISCRIZIONE - CAMPIONATO UNDER 19 - 2017/2018

La Società

(denominazione completa)

N. di matricola

con sede sociale in

(comune)

Via

C.A.P.

(indirizzo completo)

chiede l'iscrizione al Campionato Nazionale Under 19 - stagione sportiva 2016/2017

• Indirizzo corrispondenza _____

Città _____ C.A.P. _____ tel. _____

Fax _____ e-mail _____

• Dirigente/i responsabili Sigg. _____

tel. _____ orario _____

• Denominazione Campo di Giuoco _____

_____ tel. _____

(indirizzo - completo di C.A.P.)

(eventuali alternanze per predisposizione calendari)

Si dichiara che l'orario di inizio gara sarà alle ore _____;

La Società inoltre si impegna a versare entro e non oltre il 30 settembre 2017 l'importo di € **1.200,00** quale tassa d'iscrizione a mezzo di:

- **assegno circolare NON TRASFERIBILE** intestato : DIVISIONE CALCIO A CINQUE - F.I.G.C.
- **bonifico bancario** intestato a: L.N.D. - Divisione Calcio a Cinque presso Intesa San Paolo Piazzale Flaminio 2 - 00196 Roma - Codice IBAN IT40D0306905075100000003578.

Timbro

Il Presidente

Data _____
