



BIEG UNIwersYTETU MEDYCZNEGO

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU PAKIETU STARTOWEGO

Upoważniam Pana/Panią
(Imię i Nazwisko)

legitymującego/ą się dowodem osobistym
(seria, numer)

do odbioru mojego pakietu startowego /
(numer startowy) (Imię i Nazwisko)

..... /
(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, na domu/lokalu) (data urodzenia)

Oświadczam, że znam regulamin Biegu Uniwersytetu Medycznego.
Oświadczam, iż nie istnieją przeciwwskazania medyczne do udziału w zawodach i startuję na własną odpowiedzialność. Niniejszym wyrażam zgodę na wykorzystywanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97r o ochronie danych osobowych Dz. Ust. nr 133) przez organizatora imprezy i podmioty współpracujące do celów organizacyjnych.

....., dnia...../...../r.
(Miejscowość) (podpis)

Do upoważnienia wymagane jest ksero dowodu osobistego.

Osoba kontaktowa:
dr hab. n. med. Tomasz Zatoński
tzatonski@gmail.com
+48 605 414 963

Fundacja „Biegaj dla Zdrowia”
ul. Cesarzowicka 38, 52-408
Wrocław
www.bieg.umed.wroc.pl

Numer KRS:0000555855
REGON: 361372377
NIP: 894-306-19-01