NEVEZÉSI LAP

a **2015-2016.** évi **CSONGRÁD MEGYEI** Leány Futsal U17 bajnokság résztvevőinek

|  |
| --- |
| **A sportszervezet bírósági/cégbírósági bejegyzés szerinti neve** |
| Név: |
| Sportszervezet székhelye:  |
| Társadalmi szervezet sorszáma:  |
| Levelezési címe: |
| Számlázási címe:  |
| Telefonszáma: |
| Telefaxszáma: |
| E-mail címe: |
| NAV-nál bejelentett pénzügyi számlaszáma: |
| **A sportszervezet neve, amelyet a bajnokság ideje alatt használni kíván** |
| Név: |
| Elnök/Ügyvezető neve:  |
| Telefonszáma:  |
| Telefaxszáma: |
| E-mail címe:  |
| Technikai vezető neve:  |
| Telefonszáma:  |
| E-mail címe: |
| Vezetőedző neve:  |
| Képesítése: |
| Telefonszáma: |
| E-mail címe: |
| Csapatorvos neve:  |
| Orvosi szakképzettsége: |
| Oklevél száma és kelte: |
| Továbbképzés(ek) helye, ideje, oklevél száma: |
| Fizioterapeuta (masszőr, gyúró) neve: |
| Végzettsége, képesítése: |
| Szakmai továbbképzés(ek) helye, ideje: |
| **1. számú pálya** |
| Neve: |
| Címe: |
| Telefonszáma: |
| Telefaxszáma: |
| E-mail címe: |

Az MLSZ 2015. évi Versenykiírását, a Szabályzatokhoz kapcsolódó díjfizetési rendet megkaptuk, az abban foglaltakat magunkra nézve jelen nevezéssel kötelező érvénnyel elfogadjuk.

Kelt: …………………………………..

 P.H.

 ……………………………………..

 sportszervezet vezetőjének aláírása