



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



NOMBRE Y APELLIDOS: _____

D.N.I.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____ E-MAIL: _____

CLUB AL QUE PERTENECE: _____

TITULACIÓN DEPORTIVA: _____

CONDICIONES

Federados F.I.B.T..... 5,00 €

Federados resto de Canarias..... 10,00 €

Socios A.E.E.B..... 20,00 €

Público en general..... 40,00 €



Los ingresos se realizan en Cajasiete a nombre de I CLINIC FIESTAS DE MAYO 2015 en la cuenta corriente ES93 - 3076 - 0410 - 5521 - 9182 – 3711 para luego remitir al correo electrónico clinic@fibtenerife.com el formulario de inscripción así como copia del resguardo del ingreso bancario.

TODA LA RECAUDACIÓN SERÁ DESTINADA A



Asociación de Mujeres con Cáncer de Mama de Tenerife

MÁS INFORMACIÓN



C/JOSÉ MARÍA DE VILLA Nº 7

38005 S/C DE TENERIFE

TFNOS: 922.21.34.17 / 20.56.69

www.fibtenerife.com