



**MISTRZOSTWA
NIVEA RATOWNIKÓW WOPR**

WOPR
ul. Pytłasińskiego 17,
00 - 777 Warszawa,
tel./fax: 022 8411977,
e-mail: mnrw@wopr.pl
www.wopr.pl

.....
Miejsce i data eliminacji

Nazwa drużyny:

Kierownik drużyny: Telefon: Adres e-mail:

LP.	NAZWISKO I IMIĘ	PESEL	nr telefonu	nr legitymacji	podpis
1	(kapitan)				
2					
3					
4					
5					
6					

Potwierdzenie jednostki WOPR lub nadmorskiej jednostki terytorialnej (pieczętka i podpis)	Podpis kierownika drużyny
--	----------------------------------

Ja, wyżej podpisany, zobowiązuje się do przedłożenia Organizatorom aktualnej legitymacji, identyfikatora ratownika WOPR, badań lekarskich, dowodu osobistego dopuszczających do udziału w zawodach oraz oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Organizatora moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do potrzeb organizacji i przeprowadzenia Mistrzostw NIVEA Ratowników WOPR.