

MODULO DI ISCRIZIONE

(da inviare via email compilato in tutte le parti a [primassovito@libero.it](mailto:primassovito@libero.it) entro il **22/12/2024**)

**CAMPIONATO A SQUADRE REGIONALE 1/2/3 CAT. 2024/2025**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ in qualità di rappresentante del  
CSB \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_  
chiede di iscrivere al **CAMPIONATO A SQUADRE REGIONALE 2024/2025** di **1/2/3 Cat.** Stecca 5/9 Birilli la  
seguente squadra:

DENOMINAZIONE SQUADRA: \_\_\_\_\_

	n°	Atleta	Categoria	* CSB (se diverso)	Cell/Email
<b>Capitano</b>	1				
<b>MINIMO 7 ISCRITTI</b>	2				<p style="text-align: center;">***</p> <p style="text-align: center;">Si invita a leggere interamente e con attenzione il Regolamento del Campionato, con l'iscrizione si accettano <b>integralmente</b> le norme riportate nello stesso.</p> <p style="text-align: center;">***</p>
	3				
	4				
	5				
	6				
	7				
	8				
	9				
	10				
	11				
	12				

\* per i max 3 Atleti iscritti tesserati in altri CSB (diverso da quello della squadra in oggetto) deve essere presentato il nulla osta alla partecipazione rilasciato dal CSB di tesseramento degli Atleti

REFERENTE/RESPONSABILE DI SQUADRA: Sig. \_\_\_\_\_

CELLULARE/EMAIL: \_\_\_\_\_

Allego ricevuta di pagamento tramite Bonifico Bancario di:

- € 300 in caso di iscrizione prima squadra del CSB

- € 250 in caso di iscrizione seconda squadra del CSB

Data

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estremi a cui effettuare il bonifico di pagamento

Intestatario: **F.I.B.I.S. Federazione Italiana Biliardo Sportivo**

IBAN: **IT50 W033 5901 6001 0000 0157 214**