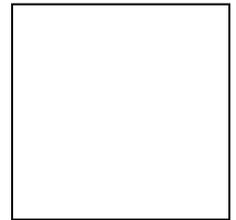




V SLALOM CERCEDA

8 de septiembre de 2007



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

| DATOS PERSONALES | | |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| CONCURSANTE | | PILOTO |
| Nombre | | |
| 1er Apellido | | |
| 2º Apellido | | |
| Nº Licencia | CI - EC: | CP: |
| F. Nacimiento | | |
| D.N.I | | |
| Teléfono | | |
| Fax | | |
| e-mail | | |
| Domicilio | | |
| Código Postal | | |
| Localidad | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> - CAMPEONATO NOVEL (CLASE I) | <input checked="" type="checkbox"/> - TROFEO OPEN (CLASE II) | <input checked="" type="checkbox"/> - CAR-CROSS (CLASE III) |

| DATOS DEL VEHÍCULO | | |
|-----------------------|---------|--------------------------|
| MARCA: | MODELO: | CILINDRADA: |
| - VEHICULO COMPARTIDO | SI NO | - CON: EXCEPTO CAR-CROSS |

| DERECHOS DE INSCRIPCIÓN | |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Acepto publicidad facultativa (60.- €) <input type="checkbox"/> | - No acepto publicidad facultativa (120.- €) <input type="checkbox"/> |
| FORMA DE PAGO: | |
| <input type="checkbox"/> EN EFECTIVO | <input type="checkbox"/> INGRESO en Caja Ahorros de Ávila cc. Nº: 2094 0080 46 0080022190. |

CON EL JUSTIFICANTE DE PAGO, ESTA SOLICITUD DEBERA ESTAR ANTES DE LAS 22:00 HORAS DEL 05 / 09 / 07 EN:

B.D.M. c/ Cavanilles, 27 - 28007 Madrid Tlf.: 91 433 76 84 Fax 91 437 63 27

El concursante se hace responsable de los datos aquí reflejados y declara conocer los Reglamentos aplicables de la prueba, los cuales deberá respetar.

Firmado: _____

Madrid, de

de 2.007