

DOM POMOCY SPOŁECZNEJ

WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ

ul.Podbielskiego2 66-300 Międzyrzecz

tel./fax (0-95) 741 17 92

NIP 596 10 57 400 e-mail: dps@op.pl

### KARTA ZGŁOSZENIA UDZIAŁU

### W XVII OLIMPIADZIE UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH

19 września 2014 r.

**Termin nadsyłania zgłoszeń do 5 września 2014r.**

Ze względów organizacyjnych prosimy o dostosowanie liczby uczestników do określonego limitu tj. **maksymalnie 5 osób, po jednej w wybranej konkurencji.**

 **Dane do faktury**:

 Pełna nazwa:…………………………………………………………..

 ………………………………………………………………………...

......................................................... Adres:…………………………………………………………………

 Pieczęć Placówki zgłaszającej NIP:……………………………

*I Zawodnicy:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Imię i nazwisko*** | ***Data******urodzenia*** | ***Konkurencja*** | ***Stopień niepełnosprawności wg orzeczenia oraz rodzaj niepełnosprawności*** |
| ***1.*** |  |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |  |
| ***4.*** |  |  |  |  |
| ***5.*** |  |  |  |  |

 Prosimy o wyznaczenie **KAPITANA DRUŻYNY** w celach reprezentacyjnych

*II Opiekunowie i osoby towarzyszące (kierownik wtz, kierowca, instruktor, widz)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | Imię i nazwisko | Funkcja | Uwagi |
| ***1.*** |  |  |  |
| ***2.*** |  |  |  |
| ***3.*** |  |  |  |
| ***4.*** |  |  |  |
| ***5.*** |  |  |  |

Dane niezbędne do celów organizacyjnych i sprawozdawczych.

Wpłaty w wysokości **15 zł** za osobę (dotyczy wszystkich przedstawicieli danego wtz) prosimy kierować

**do 5 września 2014 r.,** na konto:

PEKAO S.A. ul. Jagiellończyka 13; I O Gorzów Wlkp **75 1240 3549 1111 0000 4431 1687**

Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddz. w Gorzowie Wlkp., ul. Kosynierów Gdyńskich 81, 66-400 Gorzów Wlkp.

tytułem: **XVII OLIMPIADA** **WTZ**