



ISCRIZIONE PRECAMPIONATO

Glamour Volley Cup

Dal 26 al 28 Settembre 2025

Con La presente richiediamo l'iscrizione per

Società Partecipante _____ Nome Squadra _____ Cat.Under/Serie_____

Fattura/Ricevuta Intestata a _____

Indirizzo via _____ Città _____ PV _____

P.I. _____ C.F. _____

Mail _____ Pec _____

Cod. SDI _____ Referente Resp.Squadra _____ Tel. _____

Partecipanti indicativi:

- Atleti _____
- Allenatori/Dirigenti _____
- Genitori/Figli _____

TOTALE partecipanti gruppo squadra _____

SU RICHIESTA SERVIZI AGGIUNTIVI:

- Richiesta trasporto per Lignano Sabbiadoro con il BUS sì o no _____ costo indicativo a testa € 86,00 A/R

Firma Presidente o Responsabile Squadra _____