

AUTORIZACIÓN REPARTO DORSAL

PERSONA INSCRITA

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Teléfono:

Correo electrónico:

Modalidad inscripción:

Autorizo que la siguiente persona retire el dorsal y bolsa del corredor en mi lugar

PERSONA AUTORIZADA

Nombre:

Apellidos:

DNI:

Teléfono:

FIRMA PERSONA INSCRITA FIRMA PERSONA AUTORIZADA



622 775 257

eventoscalifamountainfestival@gmail.com