



Inviare al fax n° 0733602582 (o via e mail a 9fossi@avisbikecingoli.it)
con copia ric. Versamento

Società.....
Indirizzo.....Mail.....
Codice Società..... Ente.....
Nome del responsabile Tel.....

FCI
G.S. AVIS BIKE CLUB CINGOLI
Via Frà Bevignate, 10
62011 Cingoli (Mc)
Tel. 3280969793
www.avisbikecingoli.it

26[^] EDIZIONE 2024

N.	Cognome e Nome	Sex	Data di nascita	Indirizzo	Cap	Città	Cat. FCI	N.Tessera	PERCORSI (Indica il num. nella riga)
									1) Agonistico Lungo 48 (MTB)
1									2) Agonistico Corto 29 (MTB)
2									3) Cicloturistico Short 22 (MTB)
3									4) Cicloturistico Short 22 (EBIKE)
4									5) Cicloturistico HardEbike 31 (EBIKE)
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

SPECIALE SOCIETA': SE SI RAGGIUNGONO LE 10 ISCRIZIONI CUMULATIVE DI SOCIETA' L'UNDICESIMA E' GRATUITA (SI TOGLIE L'IMPORTO PIU BASSO E SE NE PAGANO 10 ISCRIVENDO 11 PARTECIPANTI). IL TUTTO E' VALIDO PER LE ISCRIZIONI CUMULATIVE FATTE ENTRO il 24 Aprile CON LE QUOTE DEL RISPETTIVO PERIODO.

Quote di partecipazione 2024:

fino al 12/02/24: Perc. Agonistici Lungo e Corto € 25 e Perc. Cicloturistici Short e Hard E-BIKE € 20; dal 13/02/24 al 14/04/24: Perc. Agonistici Lungo e Corto € 30 e Perc. Cicloturistici Short e Hard E-BIKE € 25; dal 15/04/24 al 24/04/24: Perc. Agonistici Lungo e Corto € 35 e Perc. Cicloturistici Short e Hard E-BIKE € 30.

DOPO LA REGOLARIZZAZIONE DELL'ISCRIZIONE OBBLIGATORIO FATTORE K PER TESSERATI SOCIETA' FCI

Le iscrizioni dovranno pervenire al fax n° 0733 602582 (o via e mail a: 9fossi@avisbikecingoli.it) complete del modulo d'iscrizione e della ricevuta del versamento tramite **bonifico bancario** presso **BANCA DI FILOTTRANO CREDITO COOPERATIVO AGENZIA DI CINGOLI** Coordinate bancarie: IT/07/1/08549/68860/000000057725, oppure tramite **pagella postale**, intestati a: **G. S. Avis Bike Club Cingoli, via Frà Bevignate 10, 62011 Cingoli (MC).**

N.B. PER TESSERATI CICLOTURISTI E NON TESSERATI CONTROLLARE BENE SUL SITO www.avisbikecingoli.it/9fossi IL TIPO DI CERTIFICATO MEDICO RICHIESTO PER LA PARTECIPAZIONE.

.Con la propria firma il responsabile esprime il consenso dell'utilizzo dei suoi dati, anche per l'invio di materiale informativo, giusto il disposto della legge sulla privacy n.675 31.12.96

Data

Firma