



10 CAMPEONATO de ESPAÑA
de CICLISMO para MÉDICOS

MÁLAGA · 27 de Octubre de 2018

ANEXO. AUTORIZACIÓN RETIRADA DE DORSALES

D./D^a. _____ con D.N.I.
_____ declaro estar inscrito en la prueba X CAMPEONATO DE
ESPAÑA DE CICLISMO PARA MÉDICOS, que se celebrará el 27 de octubre de 2018 en
Málaga, con el dorsal número _____ .

AUTORIZO

a D./D^a. _____ con D.N.I.
_____, a recoger los elementos necesarios para mi participación en la
mesa de inscripciones del recinto, entendiendo que se trata de material personal e
intransferible, que no podrá ser utilizado durante la prueba por otra persona diferente
de mí.

_____, a _____ de _____ de 2.018

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA QUIEN RETIRA

Nombre y apellidos:
DNI:

Nombre y apellidos:
DNI: