Заявка

Команды\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование муниципального образования

На участие в I Областной летней Спартакиаде среди субъектов малого и среднего предпринимательства и представителей инфраструктуры поддержки предпринимательства

**В рамках проекта**

**«КУЗБАСС: Территория бизнеса – Территория жизни»**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. | Год рождения | Должность, наименование и ИНН организации или ИП | Вид спорта | Допуск врача (роспись, печать) |

Всего допущено:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(чел.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Врач*

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руководитель команды

Контактная информация Ф.И.О. тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(печать)медицинского учреждения

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(печать)главы муниципального образования

**\*При неправильном оформленной заявке и отсутствие указанных печатей, а также при предоставлении недостоверной информации команда не будет допущена к участию в спартакиаде.**