**Zamówienia na obiady:**

* **proszę składać elektronicznie na adres:** **biuro.smtichp@gmail.com**
* **płatność przelewem lub gotówką w kasie zawodów**
* **cena obiadu 30 zł**

**Nr rachunku**

**67 1560 0013 2009 9322 9000 0001**

**ZAMÓWIENIE OBIADÓW**

**ZESPÓŁ/MIASTO:**……………………………………………………………………………

**ILOŚĆ:**

**PIĄTEK 19.052023**……………………...

**SOBOTA 20.05.2023**…………………….

**NIEDZIELA 21.05.2025**…………………

**DANE INSTYTUCJI DO FAKTURY**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa zespołu /(kat.wiekowa) |  |
| Instytucja delegująca (nazwa) |  |
| Adres placówki |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| NIPCzy wystawić fakturę? | TAK/NIE |

 …………………………………………………………………………………………

 podpis instruktora lub instytucji delegującej