|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\Spartan\Desktop\PZSN_2014\Logo\logo PZSN.jpg | **HALOWE**  **MISTRZOSTWA POLSKI NIESŁYSZĄCYCH**  **W LEKKOATLETYCE**  **SPAŁA, dn. 01.03.2025 r.** |  |
| **ZAMÓWIENIE WYŻYWIENIA** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| KLUB / OSOBA: |  |
| ADRES: |  |
| KONTAKT: |  |
| OSOBA ODPOWIEDZIALNA: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ZAMÓWIENIE WYŻYWIENIA (wpisać liczbę posiłków) | |
| Dzień | Obiad |
| **01.03.2025** | 0 |

|  |  |
| --- | --- |
| PROSIMY KAŻDĄ EKIPĘ PRZYJEŻDŻAJĄCĄ O PODANIE GODZINY PRZYJAZDU I ODJAZDU | |
|  | **PRZEWIDYWANE GODZINY** |
| **PRZYJAZD** | 01.03.2025r. godz. |
| **ODJAZD** | 01.03.2025r. godz. |

Miejscowość i data Pieczątka Klubu Podpis upoważnionego

przedstawiciela klubu