|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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