

Karta zgłoszenia**4-6 stycznia 2019 r.****Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy "TRZECH KRÓLI"**

Nazwisko i imię

Rok urodzenia

tel. kom.

Adres

Gra pojedyncza TAK NIE

Kobiety

 do 45 lat 45+ 55+ (*) 60+ (*)

Mężczyźni

 do 35 35+ 40+ 45+ 50+
 55+ 60+ 65+ 70+ 75+ (*) 80+ (*)**Gra podwójna** TAK NIE

Kobiety

 do 45 lat 45+ 55+

Mężczyźni

 do 45 lat 45+ 55+ 65+(*) kategoria odbędzie się w przypadku
powyżej 4+ zgłoszonych uczestników_____
Podpis uczestnika**Karta zgłoszenia****4-6 stycznia 2019 r.****Ogólnopolski Halowy Turniej Tenisowy Lekarzy "TRZECH KRÓLI"**

Nazwisko i imię

Rok urodzenia

tel. kom.

Adres

Gra pojedyncza TAK NIE

Kobiety

 do 45 lat 45+ 55+ (*) 60+ (*)

Mężczyźni

 do 35 35+ 40+ 45+ 50+
 55+ 60+ 65+ 70+ 75+ (*) 80+ (*)**Gra podwójna** TAK NIE

Kobiety

 do 45 lat 45+ 55+

Mężczyźni

 do 45 lat 45+ 55+ 65+(*) kategoria odbędzie się w przypadku
powyżej 4+ zgłoszonych uczestników_____
Podpis uczestnika