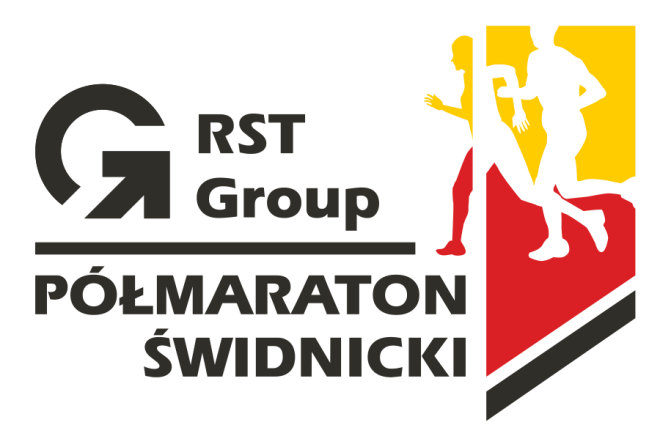
****

**Załącznik nr 4**

**DANE OSOBY**

**REZYGNUJĄCEJ Z UDZIAŁU W**

**9 RST PÓŁMARATONIE ŚWIDNICKIM**

**Obowiązuje do 10.10.2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  |
| **DATA URODZENIA** |  |
| **NUMER KONTA – DO ZWROTU OPŁATY STARTOWEJ** |  |
| **ADRES E- MAIL** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |  |
| **NUMER TELEFONU** |  |

**UWAGA!!**

1. Kwota zwrotu zostanie pomniejszona o 10 zł kosztów manipulacyjnych.
2. Nie podlega zwrotowi opłata z tytułu ubezpieczenia.

Adres do wysyłki: [kontakt@wroactiv.pl](mailto:kontakt@wroactiv.pl)

podpis