

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA O BRAKU PRZECIWWSKAZAŃ ZDROWOTNYCH
DO UDZIAŁU w „VII Biegu Charytatywnym Santander Pomaga”

Ja niżej podpisany(a)

.....
(imię i nazwisko zawodnika)

NUMER STARTOWY

.....
OŚWIADCZAM,

iż mój obecny stan zdrowia pozwala na udział w „VII Biegu Charytatywnym Santander Pomaga” organizowanym w dniu 21.09.2024 r., na dystansie 7,4 km, organizowanym przez Santander Bank Polska S.A. i Fundację Santander Bank Polska. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu Biegu oraz jestem świadomy jego postanowień i w pełni je akceptuję.

.....
(data i czytelny podpis)