FORMULARIO INSCRIPCIÓN TEST DAY 2024

- **DATOS DEL EQUIPO**

NOMBRE			
DIRECCIÓN		**POBLACIÓN:**	

- **DATOS DEL PILOTO**

NOMBRE:		**DNI:**	
LICENCIA:		**TELÉFONO:**	
DIRECCIÓN:		**POBLACIÓN:**	

- **DATOS DEL COPILOTO**

NOMBRE:		**DNI:**	
LICENCIA:		**TELÉFONO:**	
DIRECCIÓN:		**POBLACIÓN:**	

- **DATOS DEL VEHÍCULO**

MARCA:		**MODELO:**	
MATRÍCULA:			

- **OPCIÓN DE TEST**

MEDIA JORNADA		JORNADA COMPLETA
MAÑANA	TARDE	
☐	☐	☐

- **DATOS DE FACTURACIÓN**

NOMBRE:		**NIF:**	
DIRECCIÓN:		**LOCALIDAD:**	
CÓDIGO POSTAL:		**PROVINCIA:**	
EMAIL:			

- **DIMENSIONES DEL ESPACIO DE ASISTENCIA:**

- **OBSERVACIONES:**

Enviar formulario cumplimentado junto con justificante de pago a secretaria@acaia.es y fotomotor@hotmail.com

Número de cuenta para realizar el pago de la inscripción: ES05 2100 4478 5613 0029 7754