



**www.fedpadelmurcia.com**  
**E-mail: info@fedpadelmurcia.com**  
**Teléfono 868103338**  
**Fax: 901 02 18 23**

**Inscrita en el Registro de Entidades Deportivas de la Región de Murcia con el nº FD 52. C.I.F: G73486912**

**ANEXO 1-1** El envío de la solicitud firmada, supone la aceptación de las Bases de Licitación Generales y de las específicas del Campeonato/Torneo seleccionado para la temporada 2017

## **CIRCUITO REGIONAL DE PADEL ABS VET Y MENORES**

**NOMBRE DEL TORNEO Y FECHAS DE CELEBRACIÓN:**

**CLUB SEDE:**

**ORGANIZADOR:**

**DESCRIPCIÓN EQUIPAMIENTO:**

VESTUARIOS:

OFICINA JUEZ ÁRBITRO:

SERVICIO RESTAURANTE:

OTROS:

**Nº PISTAS UTILIZABLES EN EL CAMPEONATO CON ILUMINACIÓN ARTIFICIAL:**

CRISTAL:

MURO:

**OTROS SERVICIOS OFERTADOS( menú, fisio.....)**

**FIANZA ABONADA CON SOLICITUD: 240€ (necesario adjuntar copia)**

**ES81 0081 1044 41 0001358636 BANCO SABADELL**

**PERSONA RESPONSABLE** (Debe constar el nombre completo, la entidad, telf. de contacto y firma)

**Nombre:**

**Entidad:**

**Teléfono:**

**Firmado:**





**www.fedpadelmurcia.com**  
**E-mail: info@fedpadelmurcia.com**  
**Teléfono 868103338**  
**Fax: 901 02 18 23**

**Inscrita en el Registro de Entidades Deportivas de la Región de Murcia con el nº FD 52. C.I.F: G73486912**

**ANEXO 1-2** El envío de la solicitud firmada, supone la aceptación de las Bases de Licitación Generales y de las específicas del Campeonato/Torneo seleccionado para la temporada 2017.

## **HOJA DE SOLICITUD DE CAMPEONATO REGIONAL POR EQUIPOS 1ª, 2ª o 3ª CATEGORIA**

**NOMBRE DEL TORNEO Y FECHAS DE CELEBRACIÓN:**

**CLUB SEDE:**

**ORGANIZADOR:**

**DESCRIPCIÓN EQUIPAMIENTO:**

VESTUARIOS:

OFICINA JUEZ ÁRBITRO:

SERVICIO RESTAURANTE:

OTROS:

**Nº PISTAS UTILIZABLES EN EL CAMPEONATO CON ILUMINACIÓN ARTIFICIAL:**

CRISTAL:

MURO:

**OTROS SERVICIOS OFERTADOS**

**FIANZA ABONADA CON SOLICITUD: 240€(necesario adjuntar)**

**CCC: ES81 0081 1044 41 0001358636 BANCO SABADELL**

**PERSONA RESPONSABLE** (Debe constar el nombre completo, la entidad, telf. de contacto y firma)

**Nombre:**

**Entidad:**

**Teléfono:**

**Firmado:**





**www.fedpadelmurcia.com**  
**E-mail: info@fedpadelmurcia.com**  
**Teléfono 868103338**  
**Fax: 901 02 18 23**

**Inscrita en el Registro de Entidades Deportivas de la Región de Murcia con el nº FD 52. C.I.F: G73486912**

**ANEXO 1-3** El envío de la solicitud firmada, supone la aceptación de las Bases de Licitación Generales y de las específicas del Campeonato/Torneo seleccionado para la temporada 2016.

HOJA DE SOLICITUD DE **CAMPEONATO REG. EQUIPOS MENORES**

**NOMBRE DEL TORNEO Y FECHAS DE CELEBRACIÓN:**

**18-19 ENERO**

**CLUB SEDE:**

**ORGANIZADOR:**

**DESCRIPCIÓN EQUIPAMIENTO:**

VESTUARIOS:

OFICINA JUEZ ÁRBITRO:

SERVICIO RESTAURANTE:

OTROS:

**Nº PISTAS UTILIZABLES EN EL CAMPEONATO CON ILUMINACIÓN ARTIFICIAL:**

CRISTAL:

MURO:

**OTROS SERVICIOS OFERTADOS**

**FIANZA ABONADA CON SOLICITUD: 240€ (necesario adjuntar)**

**CCC: ES81 0081 1044 41 0001358636 BANCO SABADELL**

**PERSONA RESPONSABLE** (Debe constar el nombre completo, la entidad, telf. de contacto y firma)

**Nombre:**

**Entidad:**

**Teléfono:**

**Firmado:**





**www.fedpadelmurcia.com**  
**E-mail: info@fedpadelmurcia.com**  
**Teléfono 868103338**  
**Fax: 901 02 18 23**

**Inscrita en el Registro de Entidades Deportivas de la Región de Murcia con el nº FD 52. C.I.F: G73486912**

**ANEXO 1-4** El envío de la solicitud firmada, supone la aceptación de las Bases de Licitación Generales y de las específicas del Campeonato/Torneo seleccionado para la temporada 2016.

## **CTO REGIONAL ABSOLUTO Y CATEGORIAS**

<b>NOMBRE DEL TORNEO Y FECHAS DE CELEBRACIÓN:</b>
---

<i>CAMPEONATO REGIONAL ABSOLUTO Y CATEGORIAS 24,25,26 NOVIEMBRE</i>
---

<b>CLUB SEDE:</b>
-------------------

<b>ORGANIZADOR:</b>
---------------------

<b>DESCRIPCIÓN EQUIPAMIENTO:</b>
----------------------------------

VESTUARIOS:
-------------

OFICINA JUEZ ÁRBITRO:
-----------------------

SERVICIO RESTAURANTE:
-----------------------

OTROS:
--------

<b>Nº PISTAS UTILIZABLES EN EL CAMPEONATO CON ILUMINACIÓN ARTIFICIAL:</b>
---

CRISTAL:
----------

MURO:
-------

<b>OTROS SERVICIOS OFERTADOS</b>
----------------------------------

<b>FIANZA ABONADA CON SOLICITUD: 240€ (necesario adjuntar)</b>
--

<b>CCC: ES81 0081 1044 41 0001358636 BANCO SABADELL</b>
---

<b>PERSONA RESPONSABLE</b> (Debe constar el nombre completo, la entidad, telf. de contacto y firma)
---

<b>Nombre:</b>
----------------

<b>Entidad:</b>
-----------------

<b>Teléfono:</b>
------------------

<b>Firmado:</b>
-----------------

