

BON D'INSCRIPTION
1^{er} TROPHÉE ATLANTIC NATURE DES
PHARMACIENS

Pharmacie :

Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

Tél :

Email :

N° DE LICENCE :

Participera à la compétition :

- | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | GOLF DE VILLENES (78) | le Jeudi 25 Mars 2010 |
| <input type="checkbox"/> | GOLF DE LYON-CHASSIEU (69) | le Jeudi 29 Avril 2010 |
| <input type="checkbox"/> | GOLF DE SAINTE-MAXIME (83) | le Jeudi 20 Mai 2010 |
| <input type="checkbox"/> | GOLF DE SEIGNOSSE (40) | Le Jeudi 3 Juin 2010 |
| <input type="checkbox"/> | GOLF DE PLENEUF VAL-ANDRE (22) | Le Jeudi 17 Juin 2010 |

A RETOURNER PAR FAX AU
02.97.86.71.01

Possibilité d'inscription au secrétariat du golf de la compétition