

COLUMBÓDROMO NACIONAL CAPIXABA

FICHA DE INSCRIÇÃO

NOME : _____

END : _____

CIDADE : _____ UF _____

TEL: _____

E - MAIL : _____

PAG : R\$ 200,00 ENTRADA + R\$ 200,00 COM 30 DIAS + R\$ 200,00 COM 60 DIAS + R\$ 200,00 COM 90 DIAS . TOTAL R\$ 800,00 POR EQUIPE DE 4 FILHOTES

Conta para deposito: BANCO CAIXA ECONOMICA FEDERAL EM NOME DE:

JOEL MENDES SOARES

AG 1255 / CC 22929-4 / OP 001-

CONFIRME SEU PAGAMENTO pelo whatsapp do grupo do columbodromo ou 027. 996556501 / 0 27 - 997253614

RELAÇÃO DE POMBOS INSCRITOS

ANILHA	COR	SEXO	ANILHA DO PAI	ANILHA / MAE
1º -				
2º -				
3º -				
4º -				
5º -				
6º -				
7º -				
8º -				

LOCAL _____ DATA _____

PARTICIPANTE

ENVIAR PARA O EMAIL : columbodromonacional2018@yahoo.com