

U M O W A dot: ZAMÓWIENIA-ZLECENIA ORGANIZACJI ZGRUPOWANIA**Hotel Arłamów****7-23.05.2018****2018/LA/S/45**

Miejsce zgrupowania

termin

symbol

UCZESTNICY ZGRUPOWANIA**1/ Kierownictwo**

Lp.	Nazwisko i imię	Funkcja	Miejsce pracy/uwagi	wyżywienie
1	Kaliszewski Krzysztof	Trener-A1		
2		Fizjoterapeuta-A1		

2/ Zawodnicy

Lp.	Nazwisko i imię	Klub	Kadra	Uwagi	wyżywienie
1	WŁODARCZYK Anita	RKS Skra W-wa	A1		

potwierdzone uczestnictwo