|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre** |  | | | | |
| **Apellidos** |  | | | | |
| **Club** |  | | | | |
| **DNI / NIE** |  | **Fecha de nacimiento** | | |  |
| **Localidad** |  | | | | |
| **Provincia** |  | | | | |
| **Email** |  | **Teléfono** | |  | |
| **Categoría de competición** |  | | | | |
| **Tipo de Licencia** |  | **Importe** |  | | |

Elige la licencia que mejor se adapte a tu interés personal y paga su importe por transferencia bancaria a:

**CAIXABANK:**

**ES38 2100 3985 5202 0027 3136**

Rellena este formulario y mándalo, junto a una copia del pago, a: ***ifbbvalencia@gmail.com***