Formularz rejestracyjny SUM WARS 2025

Nazwa zespołu:

|  |  |
| --- | --- |
| Kierownik zespołu |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Wydział/Kierunek |  |
| Rok studiów |  |
| Nr albumu |  |
| Email |  |
| Tel. kontaktowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Członek zespołu nr 1 |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Wydział/Kierunek |  |
| Rok studiów |  |
| Nr albumu |  |
| Email |  |
| Tel. kontaktowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Członek zespołu nr 2 |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Wydział/Kierunek |  |
| Rok studiów |  |
| Nr albumu |  |
| Email |  |
| Tel. kontaktowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Członek zespołu nr 3 |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Wydział/Kierunek |  |
| Rok studiów |  |
| Nr albumu |  |
| Email |  |
| Tel. kontaktowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Członek zespołu nr 4 |  |
| Imię i nazwisko |  |
| Wydział/Kierunek |  |
| Rok studiów |  |
| Nr albumu |  |
| Email |  |
| Tel. kontaktowy |  |

Akceptuję Regulamin Zawodów Sum Wars 2025 ( dostępny na stronie cdism.sum.edu.pl)

Podpis Kierownika zespołu:

………………………….……..

Podpisy członków zespołu:

1. ………………………….
2. …………………………..
3. …………………………..
4. ………………………….