

INTERNATIONAL CHAMPIONSHIP



RADIKAL DARTS



EQUIPO _____ **CLUB** _____

PROVINCIA _____ **OPERADOR:** _____

DATOS DE LOS JUGADORES

↪ A cubrir por los jugadores ↩

Sólo se aceptarán las inscripciones que tengan todos los campos cubiertos correctamente

A cubrir por la organización

Alias: _____	Capitán	RATING		
Nombre y Apellidos: _____		<input type="text"/>		
ID: _____ Teléfono: _____				
Alias: _____	2º Jugador	RATING		
Nombre y Apellidos: _____		<input type="text"/>		
ID: _____ Teléfono: _____				
Alias: _____	3º Jugador	RATING		
Nombre y Apellidos: _____		<input type="text"/>		
ID: _____ Teléfono: _____				
Alias: _____	4º Jugador	RATING		
Nombre y Apellidos: _____		<input type="text"/>		
ID: _____ Teléfono: _____				
Alias: _____	5º Jugador	RATING		
Nombre y Apellidos: _____		<input type="text"/>		
ID: _____ Teléfono: _____				
A cubrir por la organización ↪	FINAL A	FINAL B	FINAL C	RATING del equipo <input type="text"/>

Cierre de Inscripción: 15 de Abril
Composición del Equipo: Mínimo 4 titulares, máximo 5 jugadores.

Fax: 986304929
E-mail: agdarts@agdarts.com