

DECLARATION

I hereby declare that I have valid NNW health insurance that protects me during my participation in the amateur combat sports tournament, specifically during the 10th EUROPEAN CBJJP CHAMPIONSHIPS 2024 sports competition, which will take place on October 26, 2024 in Poznań.

.....
NAME AND SURNAME (IN BLOCK LETTERS)

.....
Date and signature

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że posiadam ważne ubezpieczenie zdrowotne NNW, które chroni mnie podczas udziału w amatorskim turnieju sportów walki, a konkretnie podczas zawodów sportowych X MISTRZOSTWA EUROPY CBJJP 2024, które odbędą się 26 października 2024 w Poznaniu.

.....
IMIĘ I NAZWISKO (DRUKOWANYMI LITERAMI)

.....
Data i podpis