# Federación:

***País:***

## Confirmamos que el pago de $750 Dólares Americanos por Persona

N° de Personas X $750 USD gran total $ USD desde la cuenta Con depósito a:

|  |
| --- |
| PARA TRANSFERENCIAS |
| MONTO A PAGAR | AMOUNT TO PAY IN USD (US DOLLAR) |
| CODE SWIFT | CREDCLRM |
| BENEFICIARIO | FEDERACIÓN DEPORTIVA NACIONAL DE ACTIVIDADES SUBACUÁTICAS Y SALVAMENTO ACUÁTICO. |
| CUENTA DEL BENEFICIARIO | 13302175 |
| BANCO DEL BENEFICIARIO | BANCO DE CRÉDITO E INVERSIONESHUÉRFANOS 1134 – SANTIAGO CENTRO, INTERNACIONAL DIVISIÓN  |

Es nuestra contribución para la participación en el VII CMAS PANAMERICAN CHAMPIONSHIP FREEDIVING INDOOR CHILE 2019

Fecha 2019

(Firma del presidente /sello) (Nombre completo en letra mayúscula) Federación:

**Formulario de Lista de Competidores**

**Antes del 17 de Mayo del 2019**

Sírvase completar este formulario y enviarlo a la sede de la CMAS y al Comité Organizador por correo electrónico a spo@cmas.org y contacto@fedesub.cl a más tardar antes del 17 de Mayo del 2019.

|  |
| --- |
| **País**  |
|  |
| **Competidores** | Hombres |  | Mujeres |  |
| **Oficiales** | Hombres |  | Mujeres |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| n. | Apellido | Nombre | Atleta, Entrenador,Jefe de Delegación, Doctor, Juez, Otros | Hombres | Mujeres | HabitacionesIndividuales; dobles o triples |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |

**Traslados:** Si necesita traslados, sírvase completar lo siguiente

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LLEGADA:** | **Fecha:** |  | **Hora:** |  |
| **Aeropuerto:** |  | **Nº de vuelo:** |  |

El servicio de traslado estará garantizado exclusivamente para aquellos que lleguen al Aeropuerto Arturo Merino Benítez Santiago de Chile

### Fecha, 2019

---------------------------------------- ---------------------------------------------------

(Firma del presidente /sello) (Nombre completo en letra mayúscula)

**Formulario Final de Reserva de Hotel**

**Antes del 17 de Mayo del 2019**

Sírvase completar este formulario y enviarlo a la sede de la CMAS y al Comité Organizador por correo electrónico a spo@cmas.org y contacto@fedesub.cla más tardar antes del 17 de Mayo del 2019.

|  |  |
| --- | --- |
| **País** |  |
| **Federación** |  |
| **Competidores** | **Hombres** |  | **Mujeres** |  |
| **Oficiales** | **Hombres** |  | **Mujeres** |  |

Sírvase completar: **Hotel**

**Fecha**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Número de Habitaciones** |  |
|  |  |
| **Individual** |  |  |  |
| **Doble** |  |  |  |
| **Triple** |  |  |  |

**De A**

Fecha, 2019

**Formulario de Inscripción de Competidores**

**Antes del 20 de Mayo del 2019**

Sírvase completar este formulario y enviarlo a la sede de la CMAS y al Comité Organizador por correo electrónico a spo@cmas.org y  contacto@fedesub.cl a más tardar antes del 20 de Mayo del 2019.

|  |
| --- |
| **País** |
| **Federación** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | NOMBRE COMPLETO | DNF | STA | SPEED 2X50 | DYN-BF | ENDURANCE 8X50 | DYN | ENDURANCE 16X50 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

\*Indicar marcas enunciadas

### Fecha, 2019

###