



Amina Hospitals Half Marathon - Ajman

نصف ماراثون مستشفيات أمينة - عجمان

Authorization to pick up the bib number on my behalf

تحويل باستلام رقم المشاركة في السباق

أنا، _____،

Date of birth: _____ تاريخ الميلاد:

Bib number: _____ رقم السباق:

Authorize Mr/Mrs: _____ أحوّل السيد/السيدة:

to pick up my race number and t-shirt. لاستلام رقم المشاركة في السباق مع القميص.

I attached a copy of my ID

مرفق صورة من بطاقة الهوية

Date: _____ التاريخ:

Signature: _____ التوقيع: