

UMMELDEFORMULAR

Eine Ummeldung kann im Rahmen der Startnummernausgabe zu den folgenden Zeiten durchgeführt werden:

Dienstag, 01. Oktober 2024: 13:00 Uhr bis 19:00 Uhr

Mittwoch, 02. Oktober 2024: 11:00 Uhr bis 18:00 Uhr

Ort: Geschäftsstelle der Mobil Krankenkasse (Hühnerposten 2, 20097 Hamburg)

FOLGENDE UNTERLAGEN SIND FÜR EINE UMMELDUNG ERFORDERLICH:

- Offizielle Anmeldebestätigung des/der ursprünglichen Teilnehmer/in
- Abtrittserklärung und eine Personalausweiskopie des/der ursprünglichen Teilnehmer/in
- Personalausweis des/der Ersatzteilnehmer/in

Nur Kartenzahlung!

ERSATZTEILNEHMER/IN FÜR			UMMELDEGEBÜHR
Name, Vorname	Startnummer	Startzeit <input type="checkbox"/> 9 Uhr <input type="checkbox"/> 12 Uhr <input type="checkbox"/> 15 Uhr	<input type="checkbox"/> 10,00 Euro (inkl. MwSt.)

ANGABEN ERSATZTEILNEHMER/IN (wird vom Veranstalter ausgefüllt)	
STARTNUMMER <small>wird vom Veranstalter ausgefüllt</small>	STARTBLOCK <small>wird vom Veranstalter ausgefüllt</small>

PERSÖNLICHE DATEN ERSATZTEILNEHMER/IN	
Titel, Name	Vorname
Nationalität	Geburtsdatum
Straße / Hausnr.	
PLZ / Wohnort	Land
Telefon	E-Mail
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	

ZUSÄTZLICHE ANGABEN	
Team / Verein	Erwartete 10 KM-Zeit (HH:MM:SS) ____ : ____ : ____

AGB / TEILNAHMEBEDINGUNGEN
<p>Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass die Daten meiner Meldung richtig sind und ich die AGB gelesen habe und anerkenne. Ich erkläre ausdrücklich, dass aus ärztlicher Sicht gegen meine Teilnahme keinerlei gesundheitliche Bedenken bestehen.</p> <p>X _____ Datum, Unterschrift Teilnehmer/in (Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen)</p>