

Anmeldeformular zum WM Stafettenritt

Ich reite mit. Die Bedingungen für die Teilnahme habe ich gelesen und bin damit einverstanden. Mir ist klar, dass sich die Einzelheiten noch ändern können, und dass mich solche Änderungen nicht zum Rücktritt von der Anmeldung berechtigen.

Name, Vorname.....Geburtsdatum:
Verein:Straße:
PLZ, Ort:Telefon/Fax:
E-Mail:Pferd, Name:
Geschlecht Pferd :Alter Pferd:

Entsprechend der Angaben habe ich zu zahlen:

20,- Euro x Reittage = Euro

10,- Euro x Begleitperson/Tag = Euro

Bitte das Formular für die Reittage ausfüllen und beilegen.

Teilnahme Wanderreitcup: Ja Nein

Ich nehme am Wanderreitcup teil und bin damit einverstanden, dass mein Name veröffentlicht wird.

Haftungserklärung

Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass die Teilnahme an der Veranstaltung und die Unterbringung der Pferde auf eigene Gefahr geschehen. Während der gesamten Veranstaltung bleiben der Reiter/Besitzer Tierhüter gem. § 834 BGB. Veranstalter, Ausrichter, Rittführer, Turnierleiter und Chefrichter schließen jede Haftung, soweit gesetzlich zulässig, aus. Dieser Haftungsausschluss gilt nicht für Schäden aufgrund der Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit sowie für sonstige Schäden, die auf einer grob fahrlässigen Pflichtverletzung beruhen. Es wird versichert, dass das Pferd ausreichend haftpflichtversichert ist. Der Reiter/Besitzer verpflichtet sich, Veranstalter, Ausrichter und Rittführer von Ansprüchen Dritter freizustellen, die auf Schäden beruhen, die durch das Pferd oder den Reiter/Besitzer verursacht wurden. Es wird versichert, dass das Pferd gesund ist, aus einem gesunden Bestand kommt und einen wirksamen Impfschutz gegen Husten/Influenza besitzt. Ich bin einverstanden, dass meine Angaben aus organisatorischen Gründen evtl. per EDV gespeichert werden. Die Ausschreibung wird in allen Punkten anerkannt.

Ort, Datum, Unterschrift:

Bei Minderjährigen müssen die Erziehungsberechtigten unterschreiben!

SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: IPZV e.V., An der Lamme 3, 31162 Bad Salzdetfurth

Gläubiger Identifikation: DE59ZZZ00000399323

Mandatsreferenz (wird vom Zahlungsempfänger vergeben)

Bankverbindung:

Bank:
(Name des kontoführenden Kreditinstituts)
IBAN:
BIC:
Kontoinhaber:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____