

**23. Deutsche Duathlon Meisterschaft  
der Ärzte und Apotheker  
JENA  
07.05.2017**

# Anmeldung

Bitte leserlich schreiben und bei Bedarf kopieren

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Startpass-Nr. \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Land \_\_\_\_\_ Geburtstag \_\_\_\_\_ Geschlecht (w oder m) \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_ Emailadresse \_\_\_\_\_ T-Shirt  
(S/M/L/XL)

Hiermit melde ich mich an und kreuze unten meine Teilnahme an. Registrierung erfolgt erst nach Eingang des Startgeldes. Mit meiner Unterschrift und der Teilnahme an der Veranstaltung erkenne ich den Haftungsausschluß des Veranstalters für Schäden jeder Art an. Ich bin gesund und bestätige, dass mein Trainings- und Gesundheitszustand den Anforderungen des Wettkampfes entspricht. Mir sind die wettkampfgregeln bekannt und ich erkenne die Ordnung der DTU an. Ich erkläre mich einverstanden, dass meine persönlichen Daten, sowie Fotos und Bildaufzeichnungen ohne Vergütung veröffentlicht werden können.

Wettkampf 55 €

Tageslizenz 16 €

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Mannschaftsname**

**Mitglieder der Mannschaft**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Senden an: Hans-Günter Hassel (TVDÄ), Gartenstr. 8, D-56332 Wolken

Zahlung an: Triathlonverein Deutscher Ärzte und Apotheker: TVDÄ-Konto: Sparkasse Koblenz,  
IBAN: DE59 5705 0120 0000 1548 07, BIC: MALADE51KOB