



**18. Deutsche Duathlon Meisterschaft
der Ärzte und Apotheker
19TH WORLD MEDICAL DUATHLON
BEERFELDEN, GERMANY
22.05.2011**



Anmeldung/Application Form

Bitte leserlich schreiben und bei Bedarf kopieren
Please, write or print legibly and make copies if needed

Name Vorname/First Name

Strasse/Street PLZ/Postal Code Ort/Location

Land /Country Geburtstag/Date of Birth Sex (f or m)

Beruf/Occupation Telefon/Phone Fax Emailadresse T-Shirt (S/M/L/XL)

Sportliche Erfolge/Outstanding Accomplishments in Sports

Hiermit melde ich mich an und kreuze unten meine Teilnahme an. Registrierung erfolgt erst nach Eingang des Startgeldes. Hiermit erkenne ich die Wettkampfbestimmungen in der Ausschreibung und den Haftungsausschluß des Veranstalters an.
I hereby apply and make a cross below for participation. Payment must accompany application form. I hereby agree to comply with all rules and regulations of the event and I hereby waive and release any and all claims that I may have against the organizer, volunteers a.s.o. of the event.

Zahlung an Triathlonverein Deutscher Ärzte und Apotheker: TVDÄ-Konto: Sparkasse Koblenz, BLZ 570 501 20, Kto. Nr. 154807



Wettkampf
30 €



Tageslizenz
12 €

Nach Anmeldeschluss zuzüglich € 10

**MANNSCHAFTSNAME
(no national teams)**

Mitglieder der Mannschaft

1.

2.

3.

4.

Ort, Datum Unterschrift

**An:
Hans-Günter Hassel (TVDÄ), Gartenstr. 8, D-56332 Wolken**