



Kategorie:

Start-Nr.:

Notfall-Blatt Sparte Motocross 2010

Name und Vorname:

Strasse und Haus Nr.:

Land / PLZ / Ort:

Telefon Nr.: AHV-Nr.:

Geburtsdatum: Zivilstand:

Konfession: Beruf:

Hausarzt:

..... Telefon Nr.:

Arbeitgeber:

..... Telefon Nr.:

Unfallversicherung:

Krankenkasse:

Spital Abteilung: Allgemein Halbprivat Privat

Zusatzversicherung abgeschlossen: Ja Nein

Versicherung für Rücktransport: Ja Nein

Wenn ja, bei: Telefon Nr.:

Folgende Angaben können freiwillig gemacht werden und werden streng vertraulich behandelt. Sie helfen uns, dem Ersthilfe-Personal, dem Arzt oder dem Krankenhaus bei einem Unfall, damit Sie schneller ärztlich versorgt werden und Ihre Angehörigen raschmöglichst verständigt werden können.

Blutgruppe: Rhesus-Faktor:

Allfällige Allergien gegen Medikamente:

.....

Weitere spezielle Angaben:

.....

Bei einem Unfall sind zu benachrichtigen:

1. Telefon Nr.:

2. Telefon Nr.:

Dieses Formular bitte ausgefüllt bis 05. März 2010 an *Martin Schläpfer, Blériotweg 14, 9015 St.Gallen* senden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend gegen Unfall versichert bin und das SAM Rennfahrer-Reglement gelesen habe und anerkenne. Ich verzichte ausdrücklich darauf, im Falle eines Unfalles und / oder Schadenfalles den Veranstalter SAM beziehungsweise seine Kommissionen / Funktionäre für allfällige Ansprüche haftbar zu machen. Ich nehme zur Kenntnis, dass es mir selber obliegt, mich für alle möglichen Schadenfälle privat abzusichern (versichern) oder das Risiko vollumfänglich selber zu tragen habe.

Ort / Datum:..... Unterschrift:.....

St. Gallen, 22. Januar 2010 M.Schläpfer