

Mobil-Nr.: 0151/22135698
E-Mail: heiko.schnaudt@bbraun.com

Verein Deutsche Krankenhausmeisterschaft e.V.

c/o B. Braun Melsungen AG
HC-TE-DE 08E /Organisationsleiter
Herr Heiko Schnaudt
34212 Melsungen
Deutschland

Teamleiter:

Telefon:

E-Mail:

Anmeldung zur 8. Deutschen Krankenhausmeisterschaft 2025 | Damenfußballturnier

Wir nehmen am Damenfußballturnier der Deutschen Krankenhausmeisterschaft 2025

am 28. Juni 2025 teil

Die Anmeldung erfolgt eine halbe Stunde vor der Auslosung bei der Turnierleitung

bitte für die Vorrunde 2026 einladen.

bitte aus der Adressdatei löschen.

Übernachtung

ja, für _____ Personen, von: _____ bis: _____

nein

Wir erkennen die beiliegenden Teilnahmebedingungen an; den Teammeldebogen haben wir beigefügt.

Teamleiter

Klinik/Verwaltungsleitung

Datum

Stempel/Unterschrift

Stempel/Unterschrift

Anlage (Teammeldebogen)

Abgabetermin: 30. Mai 2025!

Teilnahmebedingungen/Turnierdaten der 8. Deutschen Krankenhaus-Meisterschaft 2025 | Damenfußballturnier

- Teilnehmer:** Krankenhausmitarbeiter
Dokumentation durch den Teammeldebogen. Dieser muss jedoch nicht mehr von der Klinikleitung bestätigt werden. Sobald wir diesen erhalten haben, bekommen Sie von uns einen Sponsoringvertrag.

Die Teilnahme kann aber nur stattfinden, wenn der von uns zur Verfügung gestellte Sponsoringvertrag von der Klinikleitung unterzeichnet worden ist.
- Haftung:** Der Veranstalter übernimmt für etwaige Schäden, Unfälle, Verletzungen, Diebstahl etc. keine Haftung. Die Teilnahme am Fußballturnier und an dem Rahmenprogramm erfolgt für jeden Teilnehmer auf eigene Gefahr.
- Termin:** 28. Juni 2025
ab 11.00 Uhr Gruppenauslosung
Die Eingruppierung erfolgt durch den Veranstalter.
- Austragungsort:** Melsungen/Freundschaftsinsel / Schwarzenberger Weg 23
- Spielmodus:** Kleinfeld (Rasenplatz) mit 5 Feldspielern und Torwart. Eine Mannschaft besteht aus maximal 12 Spielern.
- Startgeld:** 50 Euro je Team.
- Siegerehrung:** Nach Abschluß einer Turnierrunde erhält jedes Team anlässlich der Siegerehrung einen Erinnerungspokal.
- Übernachtung:** Auf Wunsch übernehmen wir **eine** Übernachtung bis 10 Personen (5 DZ) mit Frühstücksbüffet. Weitere Übernachtungen gehen zu eigenen Kosten. **Stornogebühren unter 1 Woche vor dem jeweiligen Spieltermin gehen zu Lasten der Teilnehmer.**
- Ansprechpartner:** Heiko Schnaudt
Mobil-Nr.: 0151/22135698
E-Mail: heiko.schnaudt@bbraun.com

Teammeldebogen zur 8. Deutschen Krankenhausmeisterschaft 2025 | Damenfußballturnier

Klinik:

Abteilung:

Teamleiter:

Straße:

PLZ:

Ort:

Tel-Nr./Klinik:

Privat:

Fax-Nr./Klinik:

E-Mail/Klinik:

Teamaufgebot

| Nr. | Name/Vorname | Funktion | Abteilung |
|-----|--------------|----------|-----------|
| 01. | | | |
| 02. | | | |
| 03. | | | |
| 04. | | | |
| 05. | | | |
| 06. | | | |
| 07. | | | |
| 08. | | | |
| 09. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |

Bestätigung

Datum

Verwaltungsleitung/Stempel/Unterschrift

Anlage zur Anmeldung

Teilnahmeberechtigt sind ausschließlich Klinikangestellte!