

# BESTELLFORMULAR

E-Mail: ticketing@hockenheimring.de Fax: 06205/950-299



## Kontaktdaten

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Straße/Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ:** \_\_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Land:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

-----  
**Veranstaltung** \_\_\_\_\_

**Veranstaltungstag:**  Freitag  
 Samstag  
 Sonntag  
 Wochenende

-----  
**Ticketart** **Ticketanzahl**

**Normalpreis** \_\_\_\_\_

**Personen mit einer Behinderung**  
*(mind. 50 % GdB)* \_\_\_\_\_

**Begleitpersonen**  
*("B" im Behindertenausweis)* \_\_\_\_\_

**Kinder**  
*(Bitte beachten Sie die jeweilige Altersbeschränkung)* \_\_\_\_\_

**DSK-Mitglieder** \_\_\_\_\_

**DMV-Mitglieder** \_\_\_\_\_

# BESTELLFORMULAR

E-Mail: [ticketing@hockenheimring.de](mailto:ticketing@hockenheimring.de) Fax: 06205/950-299



## Platzwahl

**Tribüne:** \_\_\_\_\_

**Block:** \_\_\_\_\_

**Zone:** \_\_\_\_\_

**Reihe:** \_\_\_\_\_

**Plätze:** \_\_\_\_\_

---

**Versandart**       Hinterlegung (Verwaltung Hockenheimring)

Versand (Einschreiben)

---

**Zahlungsart**       Überweisung

Kreditkarte (Mastercard/VISA)

Kreditkartennummer: \_\_\_\_\_

Gültigkeit: \_\_\_\_\_

Prüfnummer: \_\_\_\_\_

Karteninhaber: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift