

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 Fax: 06205/950-299



Platzwahl

Tribüne: _____

Block: _____

Zone: _____

Reihe: _____

Plätze: _____

Versandart

- Hinterlegung (Verwaltung Hockenheimring)
 Versand (Einschreiben)

Zahlungsart

- Lastschrift / SEPA-Lastschrift

Konto / IBAN: _____

BLZ / BIC: _____

Kontoinhaber: _____

- Kreditkarte (Mastercard/VISA)

Kreditkartennummer: _____

Gültigkeit: _____

Prüfnummer: _____

Karteninhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift