

ILMOITTAUTUMINEN AUTOKLINIKKA-RALLIIN 13.6.2020**Luokka** _____**1-ohjaaja nimi:** _____ **Henkilötunnus:** _____**Lisenssinumero:** _____ **Seura:** _____**Osoite:** _____**Sähköposti:** _____**Puhelinnumero:** _____**2-ohjaaja nimi:** _____ **Henkilötunnus:** _____**Lisenssinumero:** _____ **Seura:** _____**Osoite:** _____**Sähköposti:** _____**Puhelinnumero:** _____**Ilmoittaja nimi:** _____ **Yritys:** _____**Lisenssi:** _____**puhelinnumero:** _____ **Sähköposti:** _____**Auton tiedot:****Auton merkki ja malli:** _____**Ryhmä:** _____**Sylinteritilavuus:** _____**Valmistusvuosi:** _____**Katsastuskortin numero:** _____**Luokitustodistuksen numero:** _____**Liikennevakuutusyhtiö:** _____**Vakuutusnumero:** _____**Rekisteritunnus:** _____**Lisätietoja järjestäjälle:**_____
Allekirjoitus

1-ohjaaja

Allekirjoitus

2-ohjaaja

Vakuutan, että osallistun Autoklinikka-ralliin **omalla vastuullani**.

En tule pitämään järjestäjää, tai sen toimihenkilöitä vastuussa mahdollisista vahingoista, loukkaantumisista tai muista vastaavista tapahtumista, joita voi esiintyä kilpailun aikana. Olen tietoinen, ja sitoudun noudattamaan AKK:n sääntökirjan sekä kilpailun kaikkia määräyksiä, sääntöjä ja ohjeita sekä kilpailukonsultin ja kilpailun johtajan päätöksiä.

Täytä lomake huolellisesti! OLET ITSE VASTUUSSA TIETOJEN OIKEELLISUUDESTA!