

Haftungsausschluss für die Familien Lifte Isny GmbH

als Betreiber des Bikepark und Vorsorgeabfrage wegen SARS-VoC (Corona)

Hiermit erkläre ich

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

(Bitte in Druckschrift, vollständig und GUT LESBAR ausfüllen)

die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB), Sicherheitshinweise sowie Verhaltensregeln gelesen und verstanden zu haben und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich allen Regeln und den Sicherheitshinweisen Folge leiste, sowie die AGB akzeptiere.

Als Nutzer des Bikeparks hafte ich für alle durch die Nutzung des Bikeparks entstehenden mittelbaren und unmittelbaren Schäden, auch gegenüber Dritten. Mir ist bekannt, dass der Betreiber des Bikeparks weder mir noch Dritten gegenüber für Sturzschäden oder irgendwelche andere Schäden, die im Zusammenhang mit der Nutzung des Bikepark stehen, haftet. Dies schließt Personen- und Sachschäden, die durch die Nutzung des Schleppliftes entstehen AUSDRÜCKLICH ein. Der Betreiber haftet ausschließlich für grobfahrlässiges oder vorsätzliches Handeln. Dies gilt auch für die Haftung von Angestellten, Mitarbeitern, Vertretern oder Erfüllungsgehilfen des Betreibers.

Als gesetzlicher Vertreter unterzeichne ich diesen Haftungsausschluss für folgende weitere Personen:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Bei Kauf einer Saisonkarte unterzeichne ich diesen Haftungsausschluss für die Nutzung des Bikeparks über die Dauer der gesamten Saison.

Darüber hinaus bestätige ich:

- weder ich noch die genannten weiteren Personen weisen aktuell auf bzw. haben in den letzten 14 Tagen Symptome (Husten, Halsweh, Fieber oder erhöhte Temperatur ab 38 °C, Geruchs- oder Geschmacksstörungen, allgemeines Krankheitsgefühl, Muskelschmerzen) einer SARS-CoV-Infektion (Corona) aufgewiesen.
- Weder bei mir noch eine der genannten Personen wurden in den letzten 14 Tagen positiv auf SARS-CoV getestet
- Weder ich noch eine der genannten Personen hatten in den letzten 14 Tagen Kontakt zu einer positiv auf SARS-CoV getesteten Person

Datum: _____

Unterschrift: _____