

MRT / MRT Reclass.:	MRT	Reklassifizierung. / Reclassification	
bevorzugtes Datum / preferred date:	01.-03.10.2025	03.-05.10.2025	
Verband / Organisation			
Name NRO / Name NRO			
Hundeführer / Dog handler			
Anrede / Title	Herr / Mr.	Frau / Mrs.	
Nachname / Surname		Vorname / First name	
Straße + Nr. / Street + Nr.			
PLZ + Ort / ZIP Code + Town		Land / Country	
Handy / Mobile		Email	
Pass/ID Nr. / Passport/ID Nr.		gültig bis / valid until	
Ich stimme den IRO AGBs zu / I agree to the IRO General terms and conditions			
Ich bin mit dem IRO Impfschema vertraut / I am familiar with the IRO vaccination scheme			
Rechnungsadresse / Invoice Address			
Empfänger (Name od. NRO Name) / Recipient (name or NRO name) + e-mail			
Straße + Nr. / Street + Nr.			
PLZ + Ort / ZIP Code + Town			
Hund / Dog			
Name		Rasse / Breed	
Chipnr. / Chipno.		Wurftag / DoB	
Geschlecht / Breed	Hündin / Female	Rüde / Male	
Helfer 1 / Helper 1			
Nachname / Surname		Vorname / First name	
Straße + Nr. / Street + Nr.			
PLZ + Ort / ZIP Code + Town		Land / Country	
Handy / Mobile		Email	
Pass/ID Nr. / Passport/ID Nr.		gültig bis / valid until	
Ich stimme den IRO AGBs zu / I agree to the IRO General terms and conditions			
Helfer 2 / Helper 2			
Nachname / Surname		Vorname / First name	
Straße + Nr. / Street + Nr.			
PLZ + Ort / ZIP Code + Town		Land / Country	
Handy / Mobile		Email	
Pass/ID Nr. / Passport/ID Nr.		gültig bis / valid until	
Ich stimme den IRO AGBs zu / I agree to the IRO General terms and conditions			
Übersetzer (falls erforderlich) / Translator (if needed)			
Nachname / Surname		Vorname / First name	
Straße + Nr. / Street + Nr.			
PLZ + Ort / ZIP Code + Town		Land / Country	
Handy / Mobile		Email	
Pass/ID Nr. / Passport/ID Nr.		gültig bis / valid until	
Ich stimme den IRO AGBs zu / I agree to the IRO General terms and conditions			
Beilagen / Attachments			
Nachweis / Proof: RH-T B oder/ or National IRO MRT oder/or USAR Team			
Nachweis Erste Hilfe Kurs / Proof First Aid Course			
Nachweis BSAFE / Proof BSAFE			