

Release Form



I, the undersigned Passenger or the undersigned parent or guardian of the Passenger, in consideration of said Passenger being permitted to ride in the helicopter operated by Med-Trans Corporation, 209 State Hwy 121 Bypass, Suite 21 Lewisville, TX 75067, or its agents or assigns, do hereby assume full responsibility for the risk of bodily injury, death or property damage to or of said Passenger which may occur during or result from said ride, and, for said Passenger, his or her heirs, executors, administrators, legal representatives, and assigns, do hereby release, waive and forever discharge Med-Trans Corporation, _____, and the officers, directors, employees, shareholders, agents and assigns of each of them (collectively, "Releasee") of and from any and all loss, liability or damage of any nature, and any claim, action or damages resulting therefrom, on account of injury to said Passenger's person or property, even injury resulting in death, whether caused by negligence of Releasee or otherwise, occurring during or resulting from said ride, including any claims resulting from first aid, treatment or other medical service rendered to said Passenger during said ride. I further agree to indemnify and hold Releasee harmless against any such losses, liability, damages, claims or actions, including any legal costs and attorney's fees incurred by Releasee in connection therewith.

I further state that I have carefully read and know the contents of this release and am signing this release as my own free act. This release contains the entire agreement between Releasee and me. The terms of this release are contractual and not a mere recital and are intended to be as broad and inclusive as permitted by the laws of the state in which said ride takes place, and if any portion of this release is held invalid, it is agreed that the balance of this release shall continue in full legal force and effect.

LIBERACIÓN

Yo, el que abajo firma, pasajero o el padre o guardián que firma por el pasajero, en consideración de que a dicho pasajero se le está permitiendo transporte en el helicóptero operado por la Corporación Med-Trans, 2871 Lake Vista Dr., Lewisville, TX o sus agentes o asignados, asumo de esta manera completa responsabilidad por el riesgo de herida corporal, muerte, o daño de propiedad, a o de dicho pasajero el cual puede ocurrir durante el resultado de dicho transporte, y, de dicho pasajero o sus herederos, ejecutores, administradores, representantes legales, y oficiales, directores, empleados, accionistas, agentes y asignados (colectivamente, "liberados") de y cualquier pérdida, responsabilidad, o daño de cualquier naturaleza, y cualquier reclamo, acción o daños que resulten de eso, en cuanto a daño de propiedad de dicho pasajero, aún en heridas que resulten en muerte, y sean causadas por negligencia de Liberación o de otra manera, que ocurra durante o resulte de dicho transporte, incluyendo reclamos que resulten de primeros auxilios, tratamiento, u otro servicio médico que se proporcione a dicho pasajero durante dicho transporte. Yo también estoy de acuerdo a indemnizar y mantener al liberado inofensivo en contra de cualesquiera de dichas pérdidas, responsabilidades, daños, reclamos o acciones, incluyendo cualquier costo legal y cuotas de abogado que incurran del liberado en conexión con eso.

Yo también establezco que he leído cuidadosamente y tengo conocimiento de esta liberación y que estoy firmando esta liberación como un acto libre de mi propia voluntad. Esta liberación contiene el completo acuerdo entre el Liberado y yo. Los términos de esta liberación son de contrato y no solamente recitados y tienen la intención de ser tan extensos e inclusivos como lo permita las leyes del estado en que dicho transporte tome lugar, y si cualquier porción de esta liberación es considerada inválida, se está de acuerdo que el balance de esta liberación deberá de continuar en completo vigor y efecto legal.

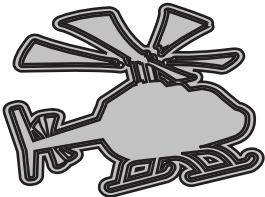
In witness whereof, I have executed this release on the day and year noted below.
Atestiguando así, yo he ejecutado esta liberación en la fecha escrita abajo.

(Date / Fecha)

(Signature / Firma)

(Print Name / Nombre en letra imprenta)

(Address / Dirección)



Original (white) copy remains with the the ground personnel transferring care of patient. Duplicate (yellow) copy remains with the passenger.