

Sporttherapeutische Akademie Hannover
Kafkastraße 1

30629 Hannover

VERBINDLICHES TEILNAHMEFORMULAR NOVEMBER 2026

Ausbildung zum/zur Diplomierten Boxtherapeuten / Boxtherapeutin

Ausbildungsstätte:

Medizinische Hochschule Hannover

Carl-Neuberg-Straße 1

30625 Hannover

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus:

1. Teilnehmerdaten

Name: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. Gewünschter Ausbildungstermin

Ich bestätige die verbindliche Teilnahme am folgenden Termin:

Termin: 27.11. bis 29.11.2026

Bei mehreren Teilnehmern bitte für jeden Teilnehmer ein Formular.

3. Rechnungsadresse

Name/Firma:

Adresse:

E-Mail (Rechnungsversand):

Wenn per Post bitte hier ankreuzen.

4. Bestätigung

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben und die verbindliche Teilnahme.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zurück:

An

Thomas Kopsch

Meisenring 5

29369 Ummern

oder per E-Mail an:

info.ausbildungboxtherapie@gmail.com

für weitere Fragen gerne auch telefonisch.

Thomas Kopsch, Mobil: +49 159 0188 39 01