

Sporttherapeutische Akademie Hannover  
Kafkastraße 1

30629 Hannover

## **VERBINDLICHES TEILNAHMEFORMULAR 2027**

Ausbildung zum/zur Diplomierten Boxtherapeuten / Boxtherapeutin

Ausbildungsstätte:

Medizinische Hochschule Hannover

Haupteingang oberes Parkdeck

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: 25.06. bis 27.06. 2027**

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](mailto:info.ausbildungboxtherapie@gmail.com)

für weitere Fragen gerne auch telefonisch.

Thomas Kopsch, Mobil: +49 159 0188 39 01