

**Anmeldeformular**

Name:……………………………………………………… Vorname:………………………………………

Geburtsdatum:………………………………………..

Adresse:…………………………………………………......................................................................

Telefon/Handy:……………………………….. Email:……………………………………………………..

Berufstätig: Ja 0 Nein 0

Arbeitgeber:………………………………………

Lehrling/Schüler/Student 0

Nichtberufsunfallversicherung: SUVA 0

 Andere 0

 Privat 0

Mitgliedschaft im Box Fit St. Gallen erfolgt erst durch das Zustellen des Anmeldeformulars an den
Prasidenten bzw. Kassier und die anschliessende fristgerechte Bezahlung des Mitgliederbeitrages per ersten
Tag des nachfolgenden Monats. Die Anmeldung hat bis zum 3. Training (2 Probetrainings) zu erfolgen.
Durch die Anmeldung zum Box Fit St. Gallen anerkennt der/die Unterzeichnende die Statuten und die nachstehende Beitragsordnung:

**Jahresbeitrag CHF 300.00**

Ort und Datum Unterschrift

**……………………………………….. …………………………………………………**

Bei minderjährigen Personen,

 Unterschrift Erziehungsberechtigen

 **………………………………………………..**