



FAUSTKÄMPFERVERBAND - AUSTRIA

FVA

AUSTRIAN BOXING FEDERATION

Ich ersuche um Aufnahme als Mitglied in den FAUSTKÄMPFERVERBAND AUSTRIA (FVA) und Erteilung einer Lizenz als

Mitglied	<input type="checkbox"/>	Boxer	<input type="checkbox"/>	Trainer	<input type="checkbox"/>	Manager	<input type="checkbox"/>
Promotor	<input type="checkbox"/>	Sontiges	<input type="checkbox"/>				

Meine Personaldaten sind wie folgt:

Nachname			
Vorname			
Straße			
PLZ/ Ort		Land	
E-mail			
Telefon		Fax	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)		Geburtsort	
Beruf			

Vereinszugehörigkeit als Amateurboxer:

Datum der vorschriftsmäßigen Abmeldung vom bisherigen Amateurverein bzw. Profiboxverband*:

Ev. Titel als Amateurboxer*:

Vertragsabschluß mit dem Manager*:

Ich erkläre ferner, im Falle der Aufnahme in den FAUSTKÄMPFERVERBAND AUSTRIA (FVA), die Satzung und die sportlichen Regeln für mich als verbindlich anzuerkennen.

Datum

Eigenhändige Unterschrift

* Nichtzutreffendes ist zu streichen.