



COLOGNE BOXING WORLD CUP

Deutscher Boxsport-Verband e. V. | Korbacher Straße 93 | D-34132 Kassel

COLOGNE BOXING WORLD CUP

c/o Deutscher Boxsport-Verband e. V.
Korbacher Straße 93
D-34132 Kassel
Tel +49 5 61 / 50 62 92-31
Fax +49 5 61 / 50 62 92-22
www.boxverband.de

Deutsche Bank
Privat- u. Geschäftskunden AG Kassel
IBAN: DE96 5207 0024 0234 5676 00
BIC DEUTDE33

Vereinsregister Kassel: VR 2064
Steuernummer: 26 250 00 632
Finanzamt Kassel
USt-IdNr. DE113091560

Kassel, 11. März 2019 dö

Hinweis auf Presseakkreditierung für den Cologne Boxing World Cup vom 09. bis 13. April 2019 in Köln

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie möchten vom Cologne Boxing World Cup berichten?

Dazu senden Sie uns bitte bis spätestens zum **01.04.2019** Ihr vollständig ausgefülltes Akkreditierungsformular per E-Mail ausschließlich an presse@boxverband.de oder Fax (05607 / 93 051) zu.

Wir setzen uns dann schnellstmöglich mit Ihnen in Verbindung.

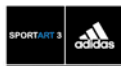
Zur Akkreditierung berechtigt sind nur jene Journalisten, die einen konkreten Redaktionsauftrag eines Mediums vorweisen können.

Allein der Besitz eines Presseausweises ist nicht ausreichend.

Mit freundlichen Grüßen

DBV-Pressesprecher

Anlage: Akkreditierungsformular





COLOGNE BOXING WORLD CUP

MEDIEN- / PRESSE-Akkreditierung

COLOGNE BOXING WORLD CUP
c/o Deutscher Boxsport-Verband e. V.
Korbacher Straße 93
D-34132 Kassel

easyCredit Basketball Bundesliga, Saison 2018/19

Bereich:*	<input type="checkbox"/> Medien(Print/Online/Hörfunk)	<input type="checkbox"/> Foto
Antrag auf:*	<input type="checkbox"/> Tagesakkreditierung	<input type="checkbox"/> Dauerakkreditierung
Parkschein:*	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Tischarbeitsplatz: *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Internetzugang: *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Von:

Name:*	_____	Vorname:*	_____
Straße:*	_____		
Postleitzahl:*	_____	Ort:*	_____
Mobil:*	_____	Telefon:*	_____
E-Mail:*	_____	Fax:	_____
Hauptberufliche Ausübung der (Sport-)Journalisten-Tätigkeit			<input type="checkbox"/>

Berufsstatus:*

Angestellt bei: <input type="checkbox"/> _____ (Agentur/Verlag)	Name Agentur/Verlag bzw. Redaktionsauftrag von: (Redaktion/verantw. Ansprechpartner)
Selbständig <input type="checkbox"/> _____ (Name des Unternehmens)	
Freiberuflich <input type="checkbox"/> _____ (KSK-Mitglieds-Nr./Steuer-Nr.)	
Redaktionskontakt	
Adresse _____	
Telefon _____	E-Mail _____

Mit der Unterzeichnung des Akkreditierungsantrages versichert der Unterzeichnende die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Datum _____

Unterschrift _____

* Angabe erforderlich

