

Leistungstest Einverständniserklärung

Leipzig, den

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:

Telefonnummer:

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung eines Stufentests bis zur maximalen Ausbelastung einverstanden. Dieser Leistungstest beinhaltet die Abnahme von Eigenblut zur Bestimmung der Laktatwerte (Entnahme am Ohrläppchen) durch das Team der ROTHAI Sports GmbH & Co. KG.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift ebenfalls einen einwandfreien Gesundheitszustand.

.....
Datum

.....
Unterschrift Testteilnehmer