

Spielverlegung für das Spiel _____

**Wir die _____, haben uns mit der Mannschaft
_____ auf eine Spielverlegung geeinigt.**

**Das Spiel vom _____ kann aufgrund von _____
nicht stattfinden. Wir haben uns mit _____
von der Mannschaft _____ auf folgenden
Termin geeinigt: _____**

**Für Rückfragen betreff des oben genannten Termins
wendet euch bitte an:**

Kapitän/Ansprechpartner Heimmannschaft Tel./E-Mail

Kapitän/Ansprechpartner Gastmannschaft Tel./E-Mail

Kapitän Heimmannschaft Unterschrift

**Dieses Formular wird am angesetzten Spieltag im Fall einer Spielverlegung per
Fax/E-Mail an den 1. Vorsitzenden bis Sonntag 24 Uhr geschickt. Im Fall einer
Missachtung wird das Spiel mit 0:16, 0:32, 0:2 gegen die Heimmannschaft gewertet.**

1. Vorsitzender Thorsten Bockwoldt, Tel. & Fax: 04851/5229861 bzw. 5229862

E-Mail: opa_thorsten@yahoo.de