

MATCHFLYTTNING SAMMANDRAG

Alla uppgifter ska vara ifyllda innan ni skickar in blanketten

Förening som anhåller om matchflyttning: _____
Matchflytterna gäller i följande serie: _____

Matchnummer 01: _____ (10 siffror)

Match 01: _____ - _____

Hemmalag

Bortalag

Matchdatum: _____ Tid: _____ Hall: _____

Nytt matchdatum: _____ Ny tid: _____ Hall: _____

Matchnummer 02: _____ (10 siffror)

Match 02: _____ - _____

Hemmalag

Bortalag

Matchdatum: _____ Tid: _____ Hall: _____

Nytt matchdatum: _____ Ny tid: _____ Hall: _____

Matchnummer 03: _____ (10 siffror)

Match 03: _____ - _____

Hemmalag

Bortalag

Matchdatum: _____ Tid: _____ Hall: _____

Nytt matchdatum: _____ Ny tid: _____ Hall: _____

Orsak till matchflytt:

Överenskommelse om ovan ansökan är gjord mellan nedanstående personer
Namn och telefon dagtid alternativt mail (texta!)

Namn ansvarig arrangörsförening

Telefon/mail

Namn ansvarig bortalag 1

Telefon/mail

Namn ansvarig bortalag 2

Telefon/mail

Domare och funktionärer skall alltid meddelas vid flyttad match

Hemmalaget är ansvarig för att detta sker!

Meddelat: Sätt ett kryss i rätt ruta

Domare: JA NEJ

Funktionärer: JA NEJ

Nedanstående fält fylls i av MSHF:

Godkänd: _____

Ej godkänd: _____

Sign TK: _____

Datum för beslut: _____

Kostnad: _____ kr