

HANDBALL-VERBAND SACHSEN e.V.

Am Sportforum 3; 04105 Leipzig Tel: 0341/ 983 20 70 Fax: 0341/ 983 20 18
E-Mail: HVS@LDA.de Internet: www.hvs-handball.de
Bankverbindung: Sparkasse Leipzig; Kt.-Nr. 11 400 13 447; BLZ: 860 555 92



Antrag auf Spielverlegung (Ausgabe 01.03.2004)

Der Antrag ist einschließlich eines an die spielleitende Stelle adressierten und frankierten Freiumschlages an den Gegner zu versenden, der seine Stellungnahme einträgt und innerhalb von drei Tagen an die spielleitende Stelle sendet. Entsprechend der Spielordnung § 46 muss der Antrag rechtzeitig vor dem Spieltermin beim zuständigen Staffelleiter vorliegen. Der Staffelleiter entscheidet nach Vorliegen aller Angaben und informiert die betroffenen Vereine und die zuständigen Gremien.

1. Angaben des Antragstellers zum Spiel laut Spielplan

1. Verein _____ 2. Gegner _____ 3. Spielklasse _____
4. Spielnummer _____ 5. Spieldatum _____ 6. Anwurfzeit _____

2. gewünschter neuer Termin

7. Wochentag _____ 8. Datum _____ 9. Anwurfzeit _____
10. Sporthalle _____

3. Begründung (ggf. Bescheinigungen beifügen und Anlage verwenden)

Wir übernehmen die Kosten und Gebühren gemäß SpO DHB § 46 Abs. 2 und den HVS - Zusatzbestimmungen zur SpO § 46

Ort _____ Datum _____ Unterschrift antragstellender Verein _____

4. Stellungnahme des Gegners

- Posteingang _____
- Wir sind mit der Spielverlegung einverstanden
- Wir sprechen uns gegen die Spielverlegung aus und begründen dies wie folgt: (siehe Anlage)

Ort _____ Datum _____ Unterschrift Spielgegner Verein _____

5. Entscheidung der spielleitenden Stelle

- Posteingang _____ Verlegungsnummer _____
- Das Spiel wird antragsgemäß verlegt
- Das Spiel wird nicht verlegt
- Die Spielverlegung ist gebührenpflichtig Die Spielverlegung ist gebührenfrei
- Die Gebühr in Höhe von 60,00 € (Oberliga); 50,00 € (Verbandsliga), 40,00 € (Oberliga - Jugend) ist unter Angabe der Verlegungsnummer auf das oben benannte Konto des HVS einzuzahlen.
- Die Gebühr in Höhe von € für die Spielklasse ist auf das nachfolgend genannte Konto der SBL/SKL einzuzahlen. Institut: Kto.-Nr.: BLZ:

Ort _____ Datum _____ Unterschrift Spielwart _____