**Ansuchen um kostenpflichtige Spielverschiebung**

Vereinsname:

Ligabezeichnung:

Spielpaarung:

Spielrunde:

Abänderung von Datum: Uhrzeit:

auf Datum: Uhrzeit:

Abgestimmt mit: Hrn./Fr.: Gastverein:   
 Hrn./Fr.: Heimverein:

|  |
| --- |
| Bestätigung durch den verschiebenden Vereinsvertreter: |
|  |

**Verpflichtende Zusendung per Email an:**BLK VorsitzendenVertreter der jeweiligen LigaSpielpartnerBLK Sekretär