



SMÅLAND – BLEKINGE HANDBOLLFÖRBUND

Ansökan om matchändring

Serie _____ Matchnummer _____

Match _____ - _____

Förening som begärt flytten _____

Ord matchdatum: _____ Klockan: _____ Spelplats: _____

Nytt matchdatum: _____ Klockan: _____ Spelplats: _____

Orsak till ansökan _____

Ovanstående är överenskommet mellan nedanstående personer (namn textat och telefon nr dagtid)
Förening som begärt flytten:

_____ Tel : _____
Namn/Ansvarig person

Motståndare

_____ Tel : _____
Namn/Ansvarig person

SmBI HF beslut

Godkännes ☐

Avslås ☐

SmBI HF`s anteckningar:

Inkom datum

Vilket är 14 dagar före ordinarie matchdag? (ej ungdomsmatcher) JA ☐ Nej ☐

Blanketten inkom efter nästa spelomgång? (ungdomsmatcher) JA ☐ Nej ☐

Matchen flyttas till efter nästa omgång? JA ☐ Nej ☐

Matchen flyttad utan godkännande? JA ☐ Nej ☐

Avgift som debiteras flyttande förening (ev båda föreningar vid ungdomsmatch) _____

Behandlad av (textas) _____

Blanketten mailas, eller skickas per brev till Småland-Blekinge HF

Småland-Blekinge HF
Box 3098
350 33 Växjö

Telefon
0470-21834

Bankgiro
400-6839

Hemsida
www.svenskhandboll.se/smaland-blekinge
E-mail
info@smalandblekingehandboll.com