



## Angaben zur Sportart

Sportart	Veranstalter	Datum Wettkampftag
Verantwortlicher	Ausrichter	

## Angaben zur Abrechnung der Kampfrichter

Name	Vorname	Straße   Hausnummer	PLZ	Ort	Betrag*	Unterschrift
------	---------	---------------------	-----	-----	---------	--------------

\* gem. Wettkampfordnung des Ausrichters

Summe Seite

Summe gesamt

Die sachliche Richtigkeit wird hiermit bestätigt:

Ort | Datum

Vorname | Name

Unterschrift

# FORMULAR

## KAMPFRICHTER SPK-LIPSIAD 2024



Übertrag von Seite

Name

Vorname

Straße | Hausnummer

PLZ

Ort

Betrag\*

Unterschrift

\* gem. Wettkampfordnung des Ausrichters

Summe Seite

Summe gesamt

Die sachliche Richtigkeit wird hiermit bestätigt:

Ort | Datum

Vorname | Name

Unterschrift

# FORMULAR

## KAMPFRICHTER SPK-LIPSIAD 2024



Übertrag von Seite

Name

Vorname

Straße | Hausnummer

PLZ

Ort

Betrag\*

Unterschrift

\* gem. Wettkampfordnung des Ausrichters

Summe Seite

Summe gesamt

Die sachliche Richtigkeit wird hiermit bestätigt:

Ort | Datum

Vorname | Name

Unterschrift

# FORMULAR

## KAMPFRICHTER SPK-LIPSIAD 2024



Übertrag von Seite

Name	Vorname	Straße   Hausnummer	PLZ	Ort	Betrag*	Unterschrift
------	---------	---------------------	-----	-----	---------	--------------

\* gem. Wettkampfordnung des Ausrichters

**Summe Seite**

**Summe gesamt**

Die sachliche Richtigkeit wird hiermit bestätigt:

Ort | Datum

Vorname | Name

Unterschrift