

# Handballverband M/V

Schwedenstraße 25 / 17033 Neubrandenburg  
 FON: 0395-5442688 / FAX: 0395-5442699  
 Mail: info@hvmv.de



## Auflösung einer Spielgemeinschaft

Wir beantragen die Auflösung der Spielgemeinschaft zum Ende des Spieljahres <b>20.... / 20....</b>																					
<input type="checkbox"/> Wir haben uns auf die Verteilung der Mannschaften auf Spielklassen nicht geeinigt																					
<input type="checkbox"/> Unsere Mannschaften sollen in folgende Spielklassen eingestuft werden:																					
_____		_____																			
Name des Stammvereins		Name des Stammvereins																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Mannschaft</th> <th style="width: 50%;">Spielklasse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Mannschaft	Spielklasse									<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">Mannschaft</th> <th style="width: 50%;">Spielklasse</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Mannschaft	Spielklasse								
Mannschaft	Spielklasse																				
Mannschaft	Spielklasse																				
Abteilungsleiter		Abteilungsleiter																			
Straße		Straße																			
Wohnort		Wohnort																			
Telefon		Telefon																			
_____, den _____		_____, den _____																			
1. Vorsitzender (Unterschrift)		1. Vorsitzender (Unterschrift)																			
Leiter der Spielgemeinschaft (Unterschrift)																					
Eingang: _____		<input type="checkbox"/>	nicht genehmigt																		
Begründung: _____		<input type="checkbox"/>	genehmigt																		
			Unterschrift Verband																		