



e.V.
Rheinau 11
56075 Koblenz

Telefon:(0261) 135120
Fax: (0261) 135169
Internet: www.hvrheinland.de
email: gs@hvrheinland.de

Bankverbindung:

Sparkasse Koblenz
Kto.-Nr.: 23 291
BLZ: 570 501 20
IBAN: DE15 570 501 20 00000 23291
BIC: MALADE51KOB

Abtretung des Erwachsenenspielrechtes
– gemäß § 19 (2) SpO

Verein (Stammverein):	<input type="text"/>	Vertreter:	<input type="text"/>
Zuständige Passsstelle:	<input type="text"/>	Spielklasse:	<input type="text"/>
und			
Verein (Zweitverein):	<input type="text"/>	Vertreter:	<input type="text"/>
Zuständige Passsstelle:	<input type="text"/>	Spielklasse:	<input type="text"/>
und			
Spieler:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Spielausweisnummer:	<input type="text"/>	Kaderzugehörigkeit:	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Abtretung ab: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Widerruf der Abtretung ab: <input type="text"/>
zeigen an, dass der vorgenannte Spieler sein gemäß § 19 (1) erteiltes Erwachsenenspielrecht im Zweitverein wahrnimmt	zeigen an, dass die Abtretung des Erwachsenenspielrechtes endet. Ab diesem Datum spielt der Spieler aussch. für den Stammverein.

Stammverein, Zweitverein und Spieler erklären Einvernehmen und Richtigkeit der vorstehenden Angaben.

Ort: <input type="text"/>	Datum: <input type="text"/>
<hr/> Unterschrift, Stempel (Stammverein)	<hr/> Unterschrift, Stempel (Zweitverein)
<hr/> Unterschrift Spieler	

Vermerk der Geschäftsstelle:

Eingangsdatum/Stempel: Der Einsatz im Zweitverein ist ab möglich.

Bei Einsätzen im Zweitverein ist der Spielausweis des Erstvereins und diese Bestätigung vorzulegen.

Einzureichen sind:

- Spielausweis Ärztliche Bescheinigung Antrag



e.V.
Rheinau 11
56075 Koblenz

Telefon:(0261) 135120
Fax: (0261) 135169
Internet: www.hvrheinland.de
email: gs@hvrheinland.de

Bankverbindung:

Sparkasse Koblenz
Kto.-Nr.: 23 291
BLZ: 570 501 20
IBAN: DE15 570 501 20 00000 23291
BIC: MALADE51KOB

Ärztliche Bescheinigung (gemäß § 19, Ziffer 2 SpO):

(gilt nur für Jugendliche unter 18 Jahren)

Gegen den Einsatz der/s vorgenannten Jugendlichen in einer Erwachsenenmannschaft bestehen aus ärztlicher Sicht keine Bedenken. (Bescheinigung kann auch auf einem Formblatt des Arztes ausgestellt werden.)

Ort, Datum, Unterschrift des Arztes

Einverständniserklärung der/s Personensorgeberechtigten (gemäß § 19, Ziffer 2 SpO):

(gilt nur für Jugendliche unter 18 Jahren)

Hiermit erkläre ich mich mit dem Einsatz meiner/meines Tochter/Sohnes in einer Erwachsenenmannschaft einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte(r)