|  |  |
| --- | --- |
| Ihre Nachricht vom: | Kalenderjahr 2019 |
| Unsere Nachricht vom: | Schiedsrichterkommission |
| Name: |  |
| Funktion: | Schiedsrichter-Pate |
| Telefon: |  |
| Email: |  |
| Datum: |  |

**Abrechnung Schiedsrichter-Pate**

Name des Schiedsrichter-Paten: ……….…..……….........................

Datum : …………..…….…………........ Uhrzeit : ……….…..……….......

Spielort : ……………………………………………………………….………............

Spielpaarung : …………………………………………………………………........

Spielnummer : ……...... Spiel-/Altersklasse : ………….………...........

Name des Schiedsrichter-Anwärters: …………………………………………………………............

Abrechnung : Aufwandsentschädigung: ................................€

 Fahrtkosten öffentl. Verkehrsmittel: ................................€

**HINWEIS : Bei einem Kfz.-Unfall werden vom SVFD keine Kosten übernommen bzw. Zuschüsse bezahlt. Der Abschluss einer KASKO-Versicherung wird empfohlen.**

Gesamtabrechnung: ................................€

Der oben stehende Betrag ist auf mein Konto**:**

Kontoinhaber/-in: ..........................................................................

IBAN: ....................................................................................................

BIC: ........................................................ zu überweisen.

Sachlich richtig: ................................................ .............................................

 Verantwortlicher SR-Kommission Unterschrift Schiedsrichter-Pate

Konto: 13 - Schiedsrichterkommission

Kostenstelle: 4040 - SR-Beobachtungen

Zur Zahlung angewiesen am : ..........................