

## WNIOSEK O PRZEŁOŻENIE MECZU 2014/2015

Mecz przekładany / zespoły/*	
Termin pierwotny przekładanego meczu*	

Dane zespołu przekładającego mecz *	
Proponowany termin meczu *	
Imię i nazwisko kierownika zespołu *	

Dane zespołu wyrażającego zgodę na przełożenie meczu**	
Imię i nazwisko kierownika zespołu**	

\* wypełnia zespół przekładający mecz

\*\*wypełnia zespół wyrażający zgodę na przełożenie meczu

Czytelny podpis kierownika zespołu przekładającego mecz	Czytelny podpis kierownika zespołu wyrażającego zgodę na przełożenie meczu

1. Zgoda bez własnoręcznego podpisu kierownika drużyny przeciwnej jest jest nieważna.
2. Prawidłowo wypełniony druk należy złożyć osobiście, w oryginale na ręce organizatora na 7 dni przed przekładanym meczem.
3. Przełożenie meczu odbywa się zgodnie z pkt. 17 Regulaminu ELH.