

BKV SOLINGEN-PASSWART

Wolfgang Goldacker
Galileistr. 6

40699 Erkrath

ABMELDUNG

DIE BSG/SG _____ MELDET ZUM _____

NACHFOLGENDE SPIELER (-INNEN)			Datum
POS.	NAME	VORNAME	PASS-NR:
01	_____	_____	_____
02	_____	_____	_____
03	_____	_____	_____
04	_____	_____	_____
05	_____	_____	_____
06	_____	_____	_____
07	_____	_____	_____
08	_____	_____	_____
09	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____
11	_____	_____	_____
12	_____	_____	_____

AB.

DIE SPIELERPÄSSE LIEGEN DER ABMEDLUNG BEI.

DATUM

BSG/SG UNTERSCHRIFT