



# JÄMTLAND/HÄRJEDALENS ISHOCKEYFÖRBUND

Box 384, 83125 ÖSTERSUND Tfn: 010-476 42 33. Fax: 063-51 17 05

## ANSÖKAN OM DISPENS – TVÅ FÖRENINGAR SÄSONGEN 2018-2018

GÄLLER FÖR SPEL I TVÅ OLIKA FÖRENINGAR **OBS! ENDAST J/H:s UNGDOMSSERIER!**

### FYLLES I AV SPELAREN OCH SPELARENS NUVARANDE FÖRENING

NAMN (TEXTAT) \_\_\_\_\_ PERSONNUMMER 

--	--	--	--	--	--	--	--

 - 

--	--	--	--

SPELARENS UNDERSKRIFT \_\_\_\_\_ DATUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SPELARENS NUVARANDE FÖRENING \_\_\_\_\_

ORDFÖRANDENS/SPORTANSVARIGS UNDERSKRIFT I NUVARANDE FÖRENING \_\_\_\_\_

**DISPENSEN SÖKES FÖR SERIESPEL, vilken Serie.....**

**MOTIVERING AV DISPENS ANSÖKAN:**

### IFYLLES AV FÖRENINGEN SOM SÖKER DISPENS

--	--	--	--	--

**-22**

FÖRENINGENS FÖRENINGSNR \_\_\_\_\_

FÖRENINGENS NAMN \_\_\_\_\_

Ansökningsdatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ORDFÖRANDENS/SPORTANSVARIGS UNDERSKRIFT \_\_\_\_\_

NAMNFÖRTYDLIGANDE \_\_\_\_\_

### D. JÄMTLAND/HÄRJEDALENS ISHOCKEYFÖRBUND NOTERINGAR

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ANMÄLAN INKOM

EXPAVG 300 KR PER SPELARE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Exp avgiften skall vara betald innan dispensansökan tas till behandling  
BG 5117-6824

DISPENSEN TILLSTYRKES

GÄLLER FRÅN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DISPENSEN TILLSTYRKES EJ

\_\_\_\_\_  
J/H:s HANDLÄGGARE