EINSPRUCH

Bitte füllen Sie dieses Formular leserlich aus.

Vor-/Nachname des Schwimmers:	
Betroffener Wettkampf (WK-Nr./Lauf/Bahn):	
Name der einspruchsberechtigten Person:	
Einspruchsbegründung: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
Erwartetes Ergebnis / bezogene Regel: _____ _____ _____	
Unterschrift einspruchsberechtigte Person	

Die Einspruchsgebühr i.H.v. 50,- EUR gem. §30 (5) DBS-WO wurde bezahlt: ☐ ja ☐ nein

Der Einspruch wurde entgegengenommen (Datum/Uhrzeit): _____

Name und Unterschrift des Schiedsrichters:

_____

Datum/Uhrzeit der Bekanntgabe der Disqualifikation: _____

Entscheidung über den Einspruch: ☐ Abhilfe ☐ Nichtabhilfe

Begründung der Entscheidung:
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Datum/Uhrzeit der Aushändigung der Entscheidung (Kopie)
an den Einspruchsführer: _____

Name und Unterschrift des Schiedsrichters:

Rückzahlung der Einspruchsgebühr an Einspruchsführer (nur bei Abhilfe):	Datum/Uhrzeit/Name/Unterschrift:
Übergabe Einspruchsunterlagen/-gebühr an Verbandsvertreter (bei Nichtabhilfe):	Datum/Uhrzeit/Name/Unterschrift: