**S C H I E D S R I C H T E R S P E S E N N O T E**

**Eishockey Akademie Steiermark  
Petrifelderstraße 128  
8041 Graz  
UID-Nummer:   
Steuer-Nummer:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Spieldatum:** |  |
| **Spielort:** |  |
| **Spielnummer:** |  |

**Liga: U20**  **U18**  **U17**  **U16**  **U15**

**Heimmannschaft:** Eishockey Akademie Steiermark

|  |  |
| --- | --- |
| **Gastmannschaft:** |  |

Vom Schiedsrichter,

|  |  |
| --- | --- |
| **Name:** |  |
| **Adresse:** |  |
| **Postleitzahl:** |  |
| **Ort:** |  |
| **SV-Nr. / Geb.Datum** |  |
| **IBAN:** |  |
| **BIC:** |  |

wurde das oben angeführte Spiel als

Schiedsrichter  Linienrichter

geleitet.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fahrtspesen** | **Besetzungsgebühr** | **Taggeld** | **Schiedsrichtergebühr** | **GESAMT** |
|  |  |  |  |  |

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, alle steuerlichen und sozialversicherungsrechtlichen Bestimmungen zu beachten, und akzeptiere die geltende Schiedsrichterordnung des ÖEHV.  
Als Zahlungsziel werden 14 Tage vereinbart.

**Datum Unterschrift Schiedsrichter**