RESERÄKNING

Namn..... : _____ **Datum .....:** _____

Adress .. : _____ **Personnummer.....:** _____

Postnr ... : _____ **Ort. :** _____

Telefon.. : _____

Mobil ..... : _____

E-post ... : _____

Utbetalas via

☐ **Bankkonto .....:** _____

☐ **Post /** ☐ **Bankgiro .:** _____

☐ **Kontant**

Datum	**Från**	**Till**	**Km**	Ange om **Match** eller **Träning**	**Antal Passagerare och/eller Meddelande**

Underskrift
Lagledare:_____ **Spelare:**_____

Hästveda IF
Box
280 23 Hästveda
Tfn: 0451-30808

Hemsida: **www.hastvedaif.se**