



**FEDERACIÓN
DE BALONCESTO
DE MADRID**

C/ General Ramírez de Madrid, 8
28020 MADRID
Telf.: 902 010 800

SELLO ENTRADA.

SOLICITUD DE DEVOLUCIÓN POR AUSENCIA ARBITRAL

DATOS DE ENCUENTRO

Encuentro nº _____

Categoría _____

Competición Serie _____ Grupo _____ Fase _____

Fecha celebración _____

Marque lo
que proceda

SUSPENDIDO POR AUSENCIA ARBITRAL €

CELEBRADO CON LAS SIGUIENTES INCIDENCIAS

Marque lo
que proceda

AUSENCIA DE 1 ARBITRO €

AUSENCIA DE 1 AUXILIAR DE MESA €

AUSENCIA DE 2 AUXILIARES DE MESA €

AUSENCIA DE 3 AUXILIARES DE MESA €

TOTAL IMPORTE DE LA DEVOLUCION €

Importes de las devoluciones indicados en el punto 7 de las Bases Generales (Pág. 18)

Madrid, a ____ de _____ de 200 ____

| POR EL CLUB SOLICITANTE |
|--------------------------------|
| Firma: _____ |
| D. _____ |
| D.N.I.: _____ |

| COMPROBADO Y AUTORIZADO F.B.M. |
|---------------------------------------|
| Firma: _____ |
| D. _____ |
| DEPARTAMENTO COMPETICIONES |

| ABONADO EN CUENTA |
|--------------------------|
| Firma: _____ |
| D. _____ |
| CAJA F.B.M. |

NOTA: La presente solicitud, para poder ser atendida, deberá tener entrada en la F.B.M. en los diez días siguientes a la celebración o suspensión del encuentro.

