Auflistung Kabinennutzung zum Nachweis der Infektionskette

Mannschaft/ Gruppe: _____

Trainer: _____ **Betreuer:** _____

Datum: _____ **Uhrzeit:** _____

Angaben zu den Teilnehmern: **Vorname, Nachname**

_____
Unterschrift, Trainer

Geschäftsstelle:
Waschgrabenallee 18
23730 Neustadt i.H.

Telefon und Telefax:
04561/ 4954
Internet:
http://www.tsvneustadt.de
info@tsvneustadt.de

Bankkonten:
Sparkasse Holstein **IBAN: DE04 2135 2240 0181 4210 25 BIC: NOLADE 21 HOL**
VR Bank Ostholstein Plön eG **IBAN: DE34 2139 0008 0000 0084 00 BIC: GENODEF 1 NSH**
Gläubiger Id. Nr. **DE56 ZZZ 00000 193931**
Steuer Nr. / Finanzamt: **22/298/71371 / Finanzamt Lübeck**