Ein Bild, das Logo, Grafiken, Grafikdesign, Schrift enthält.

Automatisch generierte Beschreibung**Deutscher Behindertensportverband und Nationales Paralympisches Komitee (DBS) e.V. Abteilung Tischtennis**

**Meldeformular**

**Meldeanschrift:** Deutscher Behindertensportverband e. V., Kerstin Kleinert, Tulpenweg 2-4, 50226 Frechen-Buschbell, E-Mail: kleinert@dbs-npc.de

**und** (in Kopie) an den

Vorsitzenden der Abteilung Tischtennis im DBS Thomas Bröxkes, Wacholderweg 29a, 41751 Viersen E-Mail: [Thomas.Broexkes@web.de](mailto:Thomas.Broexkes@web.de)

**Meldeschluss 21.05.2025**

**Meldeformular:** Zu den **Deutschen Meisterschaften im Para Tischtennis (Mannschaft)** am 13. und 14.06.2025 in Krefeld

meldet der Landesverband \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ folgende Mannschaft:

**Die Aufstellung muss der Spielstärke nach erfolgen!** (unter Berücksichtigung der Toleranzwerte laut WO DTTB)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lfd.**  **Nr.** | **Name, Vorname** | **Geburts-datum** | **QTTR-**  **Wert** | **WK** | **Punkte** | **Verein (nur bei Spielgemeinschaften)** | **Teilnahme an Abendveranstaltung (ja/nein)**  **Wenn ja: Anzahl Personen (\*)** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |

(\*) Die Anmeldung zur Abendveranstaltung verpflichtet zur Zahlung des Kostenbeitrags in Höhe von 23,50 €.

**Name der Mannschaft: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name Vereinsverantwortliche/r Tel. für Rückfragen E-Mail-Adresse Unterschrift / Stempel Verein**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name Tel. für Rückfragen E-Mail-Adresse Unterschrift / Stempel Landesverband**