ACTA DE APELACION

Fecha: ____/____/____ Hora :_____ Juego Nro.: _____

Torneo:_____

Ciudad: _____ País:_____ _____

Equipo Visita:_____ Equipo Local: _____

El Equipo de: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Firma Manager Nacional _____

Deposita Tasa indicada en el Reglamento de Competición. S / N	U$S	

Fecha ____/____/____/ Hora: _____ **Firma y Aclaración receptor de la apelación** _____

COPABE

Continua hoja 1

Firma Manager Nacional

Firma y Aclaración receptor de la apelación