



**ФУДБАЛСКИ САВЕЗ ВОЈВОДИНЕ**  
**FUDBALSKI SAVEZ VOJVODINE**

Дел. број: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_ г.

Фудбалски клуб " \_\_\_\_\_ " из \_\_\_\_\_

## **ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ ЛИЦЕНЦЕ ЗА ЛЕКАРА**

Молимо Вас да за нашег ЛЕКАРА издате ДОЗВОЛУ - ЛИЦЕНЦУ за рад у нашем Клубу у такмичарској \_\_\_\_\_ години за кога дајемо следеће податке.

Јединствен матични број грађана	
Име лекара	
Име оца	
Презиме лекара	
Датум, месец и година рођења	
Место рођења	
Место становања и поштански број	
Улица и број	
Телефон на послу	
Телефон у стану	
Мобилни телефон	
Школска спрема - специјалност	
Назив фирме у којој је запослен	
Кратка спортска и радна биографија	

**НАПОМЕНА:** Уз захтев за ЛИЦЕНЦУ обавезно доставити фотокопију ДИПЛОМЕ О СТРУЧНОЈ СПРЕМИ.

Потпис лекара

За ФК \_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_