



ФУДБАЛСКИ САВЕЗ ВОЈВОДИНЕ
FUDBALSKI SAVEZ VOJVODINE

Дел. број: _____

Датум: _____ .20____ . г.

Женски фудбалски клуб „_____“ из _____

ЗАХТЕВ ЗА ИЗДАВАЊЕ ДОЗВОЛЕ ЗА ЛЕКАРА

Молимо Вас да у такмичарској _____ сезони **Друге фудбалске лиге Србије за жене - група „Север“** издате дозволу за рад у нашем Клубу за ЛЕКАРА 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 ДОЗВОЛУ обавезно доставити фотокопију ДИПЛОМЕ О СТРУЧНОЈ СПРЕМИ.

Потпис лекара _____

За ЖФК _____

М.П. _____