

ФУДБАЛСКИ КЛУБ: _____

Ф. С. СРБИЈЕ

БРОЈ: _____

Комисија за издавање лиценце

_____. 20 ____ . године

БЕОГРАД

Место: _____

ЗАХТЕВ

ЗА ИЗДАВАЊЕ ЛИЦЕНЦЕ ЗА ЛЕКАРА

за 20 __ /20__ сезону

Молимо Вас да за нашег лекара издате ДОЗВОЛУ-ЛИЦЕНЦУ за рад у нашем клубу, за кога дајемо следеће податке:

1. Презиме и име:		
2. Датум рођења:		
3. Специјалност:		
4. Место, адреса:		
5. Телефони:	Стан:	Радне место:
6. Кратка спортска и радна биографија:		

Потпис лекара

за ФК „_____“
