



ПОДРУЧНИ ФУДБАЛСКИ САВЕЗ СУБОТИЦА PODRUČNI FUDBALSKI SAVEZ SUBOTICA

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 202__/202___. години **Подручне фудбалске лиге Суботица**, за кога дајемо следеће податке.

Јединствени матични број	
Број личне карте	
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	

Потпис лекара

За ФК _____

М.П.