



FUDBALSKI SAVEZ PODRUČJA ZRENJANIN

Adresa: Makedonska 11, 23000 Zrenjanin, Tel/fax: 023/561-319,
Tekući račun: 330 – 17000016 – 22

www.fspzrenjanin.org.rs
e-mail: fspzr@open.telekom.rs

Delovodni broj : _____

Datum : _____ 201__ godine

FUDBALSKI KLUB „_____“, IZ _____

ZAHTEV

ZA IZDAVANJE DOZVOLE ZA FIZIOTERAPEUTA

MOLIMO VAS DA ZA NAŠEG FIZIOTERAPEUTA IZDATE DOZVOLU ZA RAD U NAŠEM KLUBU U TAKMIČARSKOJ
201__ / 201__ GODINI ZA KOGA DAJEMO SLEDEĆE PODATKE:

| | |
|---------------------------------|--|
| PREZIME I IME | |
| JEDINSTVENI matični broj | |
| DATUM I MESTO ROĐENJA | |
| MESTO STANOVANJA | |
| ŠKOLSKA SPREMA | |
| SPECIJALNOST | |
| MOBILNI TELEFON | |

NAPOMENA: za tačnost navedenih podataka odgovoran je klub podnosilac zahteva i zdravstveni radnik –
FIZIOTERAPEUT, što svojim potpisima i potvrđuju.

Fizioterapeut

za FK _____

(potpis)

mp

(potpis)