



ОПШТИНСКИ ФУДБАЛСКИ САВЕЗ СМЕДЕРЕВСКА ПАЛАНКА
КАРАЂОРЂЕВА 58, 11420 СМЕДЕРЕВСКА ПАЛАНКА
ТЕЛЕФОН: 026/321643 EMAIL: ofsspalanka@gmail.com
РАЧУН: 325-9500600057737-81

ЗАХТЕВ ЗА ЛИЦЕНЦИРАЊЕ ФИЗИОТЕРАПЕУТА КЛУБА

ЗА ТАКМИЧАРСКУ 2025/26.ГОДИНУ

Име и презиме физиотерапеута:	
Фудбалски клуб:	
Степен такмичења:	
Место и година рођења:	
ЈМБГ:	
Стручна спрема:	
Занимање:	
Радно место:	
Адреса становања:	
Број телефона (мобилни):	
Раније функције у фудбалу:	

НАПОМЕНА: за физиотерапеута клуба може се ангажовати лице са минимум завршеном средњом школом медицинске струке.

-Уз захтев обавезно приложити копију дипломе о стеченом образовању, као и копију личне карте.

-Све напред наведене документе убацујете у КОМЕТ систем најкасније 7 дана пре почетка такмичења.

у Смедеревској Паланци,

Потпис физиотерапеута:

дана _____ 2025.године

М.П.

Потпис овлашћеног лица клуба: