
(Klub)

(Adresa)

(PIB)

(Matični broj)

Broj zahteva : _____
(Popunja se u ambulanti)

Specijalna bolnica za rehabilitaciju "BUKOVIČKA BANJA" Aranđelovac
Ambulanta medicine sporta

ZAHTEV

Za obavljanje sistematskog pregleda sportista, sledećim članovima našeg kluba:

	Prezime i ime	JMBG
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		
23.		
24.		
25.		
26.		
27.		
28.		
29.		
30.		

Datum

Potpis predstavnika i pečat kluba