**KOŠARKAŠKI KLUB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Adresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(na navedenu adresu će biti dostavljene licence)

**ZAHTJEV ZA LICENCIRANJE LIJEČNIKA I FIZIOTERAPEUTA**

Molimo Vas da izdate licence za sezonu 2019/20 za sljedeće liječnike i fizioterapeute našeg kluba (u jednu od desnih kolona označiti koju dužnost obavlja):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IME I PREZIME** | **LIJEČNIK** | **FIZIOTERAPEUT** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Za Košarkaški klub \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (pečat i potpis)

*Potvrđuje se da su gore navedeni liječnici i fizioterapeuti ispunili uvjete za licenciranje u sezoni 2019/20.*

*U Zagrebu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Za Hrvatsku udrugu zdravstvenih djelatnika u košarci*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(pečat i potpis)*

Popunjen zahtjev te traženu dokumentaciju potrebno je dostaviti na adresu

**Hrvatskog košarkaškog saveza, 10000 Zagreb, Lipovečka 1** ili e-mail igor.kolaric@hks-cbf.hr