

NOGOMETNI SAVEZ

BJELOVARSKO-BILOGORSKE ŽUPANIJE

Poljana dr. F.Tuđama 8; p.p. 104, 43000 Bjelovar

Tel: 043 /212–586; fax: 043 /212–589 ; IBAN: HR2524020061100004410

OIB: 19102521177; MB: 00977632 ; [www.nsbbz.hr](http://www.nsbbz.hr) ; nogometni-savez@bj.t-com.hr

**EVIDENCIJSKI BROJ:** ( upisuje ovlaštena osoba Saveza )

ZAHTJEV KLUBA ZA LICENCIRANJE

SLUŽBENIH OSOBA

ZA NATJECATELJSKU SEZONU

|  |  |
| --- | --- |
| Klub: |  |

**TRENERI**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **rb** | **Ime i Prezime** | **Datum Rođenja** | **OIB** | **Uzrast** |
| **1.** |  |  |  | Odaberite stavku. |
| **2.** |  |  |  | Odaberite stavku. |
| **3.** |  |  |  | Odaberite stavku. |
| **4.** |  |  |  | Odaberite stavku. |
| **5.** |  |  |  | Odaberite stavku. |

**SLUŽBENI PREDSTAVNIK KLUBA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **rb** | **Ime i Prezime** | **Datum Rođenja** | **OIB** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |

**OSTALI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **rb** | **Ime i Prezime** | **Datum Rođenja** | **OIB** |
| **LIJEČNIK** | | | |
| **1.** |  |  |  |
| **FIZIOTERAPEUT** | | | |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **RUKOVODITELJ OSIGURANJA** | | | |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |

# Za NK:

Ime i Prezime ovlaštene osobe

Potpis i pečat:

Napomena:

Ovjerom ovog zahtjeva se potvrđuje pravovaljanost danih podataka! Za davanje pogrešnih podataka disciplinsku odgovornost snosi klub i ovlaštena osoba u potpisu!

Prilog obrascu:

* Preslika diplome trenera – za trenere
* Preslika identifikacijskog dokumenta – za sve ostale