ИЗЈАВА

Јас ,од

роден на изјавувам под морална и материјална одговорност дека сум член и натпреварувач на Тенискиот Клуб од , и дека имам извршено уреден лекарски преглед на спортска медицина и истиот го имам доставено во мојот матичен клуб.

Скопје, 2023 година. Изјавил

 Име презиме

 потпис

Контакт телефон

Електронска пошта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ПОТВРДА

Тенискиот Клуб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, потврдува дека горенаведената изјавата е веродостојна.

\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_\_.2023 година М.П. ТK \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Град, ден, месец

 Потпис од одговорното лице

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