ИЗЈАВА

Јас ,од

ембг 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, 2022 година. Изјавил

Име презиме

потпис

Контакт телефон

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

ПОТВРДА

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_\_.2022 година М.П. ТK \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Град, ден, месец

Потпис од одговорното лице

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