

Registracija lječničkih pregleda							
Podaci o savezu							
Puni naziv sveza:							
Adresa, mjesto, poštanski broj:							
OIB:							
Kontakt osoba (ime, prezime, e-mail, mob., tel.)							
Popis igrača/igračice za registraciju lječničkog pregleda							
	Ime i prezime	HKS ID	Datum lječničkog pregleda		Ime i prezime	HKS ID	Datum lječničkog pregleda
1.				26.			
2.				27.			
3.				28.			
4.				29.			
5.				30.			
6.				31.			
7.				32.			
8.				33.			
9.				34.			
10.				35.			
11.				36.			
12.				37.			
13.				38.			
14.				39.			
15.				40.			
16.				41.			
17.				42.			
18.				43.			
19.				44.			
20.				45.			
21.				46.			
22.				47.			
23.				48.			
24.				49.			
25.				50.			

Ovaj obrazac ŽKS ili ZKS šalje isključivo na e-mail: hrvatski.kuglacki.savez@gmail.com, te isti mora biti poslan s registriranog e-maila ŽKS-a ili ZKS-a koji je na početku godine prijavljen na obrascu RK-1.2.

Ukoliko je poslan s drugog e-maila mora biti potpis i pečat ovlaštene osobe saveza.

m.p.

Datum: _____

Potpis ovlaštene osobe saveza