

ΠΡΩΤΑΘΛΗΜΑ 'SUPER LEAGUE ΟΠΑΠ'

.....
(Αναγράφεται ο τίτλος της ομάδας και ο αριθμός Μητρώου της ομάδας)

Αριθμ.Πρωτ..... Ημερομηνία.....
(της ομάδας)

ΑΓΩΝΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΟΣ 2014 – 2015 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ – ΔΥΝΑΜΗΣ ΠΟΔΟΣΦΑΙΡΙΣΤΩΝ

Ο Πρόεδρος

Ο Διευθύνων Σύμβουλος

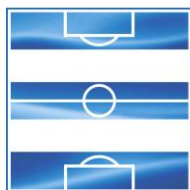
(ονοματεπώνυμο και υπογραφή) (σφραγίδα) (ονοματεπώνυμο και υπογραφή)

Συμφωνούμε ανεπιφύλακτα και βεβαιώνουμε τη σύννομη συμπλήρωση της παρακάτω κατάστασης.

A/A	ΑΡ. ΦΑΝΕΛΑΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ	ΟΝΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΗ ΦΑΝΕΛΑ
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Αστροναυτών 1, Μαρούσι 151 25, Αθήνα • Τηλ: 210 6846900 • FAX: 210 6857464 • www.superleaguegreece.net





A/A	ΑΡ. ΦΑΝΕΛΑΣ	ΕΠΩΝΥΜΟ	ΟΝΟΜΑ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΔΕΛΤΙΟΥ	ΟΝΟΜΑ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΗ ΦΑΝΕΛΑ
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						

ΒΕΒΑΙΩΝΕΤΑΙ ότι οι περιλαμβανόμενοι στην ως άνω ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ (ολογράφως) (αριθμητικώς) ποδοσφαιριστές της (ΟΝΟΜΑ ΠΑΕ) είναι ΑΠΟΛΥΤΩΣ ΥΓΙΕΙΣ και ΙΚΑΝΟΙ να ΑΓΩΝΙΖΟΝΤΑΙ σε αγώνες της ΟΜΑΔΑΣ τους, κατά το προαναφερόμενο έτος.

ΣΗΜΕΙΩΣΗ:

Η συμπλήρωση της Κατάστασης Υγείας Ποδοσφαιριστών ΘΑ ΓΙΝΕΤΑΙ σύμφωνα με το Άρθρο 18 του Κ.Α.Π.

Ο ΘΕΡΑΠΩΝ ΙΑΤΡΟΣ

(ΣΦΡΑΓΙΔΑ – ΑΜΚΑ – ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

(ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΘΕΩΡΗΣΗΣ)