**Национални спортски савез слепих и слабовидих**

**Ул.Устаничка бр.25 Београд**

**Захтев за издавање потврде**

*Назив активности:*

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Име и презиме лица под ингиренцијом савеза |  |
| 2.Назив клуба:: |  |
| 3.Контакт телефон, мејл адреса. |  |
| 4.Адреса, општина, град |  |
| 5.Датум рођења уколико је физичко лице |  |
| 6.ЈМБГ или МБ |  |
| 7.Назив манифестације |  |
| 8.У које сврхе се тражи потврда.Назив правног или физичког лица коме достављате потврду. |  |

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

**Напомена:**

Потврда се издаје на основу достављеног попуњеног ***Захтева за издавање документа* .** Документ Вам се доставља у року од седам радних дана од дана пријема.. Захтев се доставља на електронску пошту савеза као скениран документ.

Обавезно је попуњавање свих поља у захтеву у зависности да ли се ради о физичком или правном лицу.

Потпис:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_