



ההתאחדות לכדורגל בישראל  
Israel Football Association  
**טופס הודעה על שינוי כח האדם הרפואי**

אנו הח"מ, קבוצת \_\_\_\_\_ (שם הקבוצה) בוגרים / נוער / נערים / ילדים (מחק את המיותר).  
מודיעים בזאת על שינוי כח האדם הרפואי כדלקמן:

**מספר ת"ז**

**שם איש כח האדם הרפואי המוחלף:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**חתימה**

**מספר ת"ז**

**שם איש כח האדם הרפואי החדש:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

אני הח"מ, עו"ד \_\_\_\_\_ מאשר בזאת כי החותמים הנ"ל חתמו על טופס זה וכי  
מינויים נעשה בהתאם להחלטת של העמותה/החברה מיום \_\_\_\_\_, אשר התקבלה כדין  
וע"פ מסמכי ההתאגדות של העמותה/החברה.

מצ"ב פרוטוקול העמותה/החברה, מאושר ע"י היועץ המשפטי של הקבוצה.

