



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.

