



ЗАХТЕВ

ЗА ДОДЕЛУ КЛУПЕ У ЦРКВИ
СВЕТОГ ВЕЛИКОМУЧЕНИКА
ДИМИТРИЈА

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Адреса: _____

Број телефона: _____

Емаил адреса : _____

Да ли имате здравствених проблема, тј проблем са стајањем у цркви?

(Заокружити) Да Не

Уколико је ваш одговор ДА, опишите проблем:

Датум _____

Потпис _____