

لژیون جبران خسارت

سال ۹۷

شماره:

تاریخ:

پیوست:

نماینده:

نام و نام خانوادگی: شماره عضویت: میزان و مواد مصرفی فعلی:

مدت سفر: داروی درمان: آخرین ماده مصرفی هنگام ورود به کنگره:

- آیا تا کنون در لژیون جبران خسارت حاضر شده اید؟ خیر بله
- آیا تا کنون گل رهایی دریافت نموده اید؟ خیر بله
- آیا تا کنون تغییر لژیون و راهنما داشته اید؟ خیر بله

معرفی از لژیون شماره: آقای: نماینده:

معرفی به لژیون شماره: آقای: نماینده:

شماره تماس:

دلیل درخواست:

امضاء

.....

تصمیمات لژیون مرزبانی:

امضاء لژیون مرزبانی

.....

نظریه نهایی:

.....

.....

امضاء

.....

اینجانب تصمیمات لژیون انضباطی را رویت نموده و با کمال میل می پذیرم.

(تاریخ و امضاء)