

PPRIJAVNICA ZA SUDJELOVANJE U KARNEVALSKOJ GRUPI MEDICINSKOG FAKULTETA

IME I PREZIME: _____

SMJER I GODINA STUDIJA (ako ste s drugog fakulteta napišite i naziv vašeg fakulteta):

VELIČINA MASKE (zaokružite): S M L XL XXL

BROJ MOBITELA: _____

E-MAIL: _____

DA LI STE ZAINTERESIRANI ZA RAD U ORGANIZACIJI KARNEVALSKE SKUPINE IDUĆE GODINE (zaokružite) :

DA NE

(potpis)