

PRISTUPNICA

KASE UZAJAMNE POMOĆI

IME I PREZIME:	
Osobni identifikacijski broj – OIB:	
Mobilni telefon:	
E-mail:	
Naziv Društva i organizacijske jedinice u kojoj je član_ica zaposlen_a:	
Mjesečno želim uplaćivati članski ulog u iznosu od:	50 100 150 200 250 300 400 500 kuna (zaokružiti)

- 1. Prihvaćam sve odredbe Pravilnika o poslovanju kase uzajamne pomoći TEHNOS-a.*
- 2. Ovlašćujem svog poslodavca da iznos naznačenog članskog uloga obustavlja od moje neto plaće te svaki mjesec uplaćuje na račun Kase uzajamne pomoći TEHNOS-a (IBAN: HR0323400091410935306). Iznimno, u slučaju nemogućnosti obustave iz plaće, obvezujem se samostalno uplaćivati iznos mjesečne članarine.*
- 3. Pristajem da sindikat prikuplja moje gore navedene osobne podatke i dalje ih obrađuje u skladu sa Zakonom o zaštiti osobnih podataka u svrhu identifikacije svojih članova*

U _____ dana ____ . ____ . _____.

Vlastoručni potpis člana