SPUKC – Sindikat zdravstva Slovenije
Ulica Stare pravde 4
1000 Ljubljana

Pristopna izjava

VČLANITEV V BLAGAJNO VZAJEMNE POMOČI (BVP)

Podatki o članu

Ime in priimek člana BVP: _____

Naslov : _____ Pošta: _____

EMŠO: | | | | | | | | | | | | | |

Davčna številka: | | | | | | | | |

Podatki o zaposlitvi: _____

Naziv organizacije: _____

Naslov: _____

Telefon služba: _____ GSM: _____

Podatki o bančnem računu

Naziv matične banke: _____

Številka osebnega računa: _____

Izjavljam, da prostovoljno pristopam k članstvu v blagajno vzajemne pomoči SPUKC – Sindikata zdravstva Slovenije in sem seznanjen-a s pravilnikom Blagajne vzajemne pomoči.

Dovoljujem, da se mi od osebnega dohodka odteguje mesečna vloga/znesek varčevanja v višini 5 €.

Datum: _____ Podpis: _____