



Sindikata Kliničnega centra, Zaloška cesta 2 1000 LJUBLJANA  
Telefon: 01/522-53-78, fax: 01/522-25-37;

## PRISTOPNA IZJAVA

### K ČLANSTVU BLAGAJNE VZAJEMNE POMOČI SINDIKATA KC

Priimek in ime prosilca: \_\_\_\_\_

Naslov bivališča: \_\_\_\_\_ Pošta: \_\_\_\_\_

Zaposlen (klinika, oddelek): \_\_\_\_\_

Naslov klinike: \_\_\_\_\_

Številka delavca /obvezen vpis: \_\_\_\_\_

Telefon služba: \_\_\_\_\_ Gsm/doma: \_\_\_\_\_

Naziv banke pri kateri imam odprt osebni račun: \_\_\_\_\_

Naslov banke: \_\_\_\_\_

Številka računa: \_\_\_\_\_

*Izjavljam, da prostovoljno pristopam v članstvo blagajne vzajemne pomoči Sindikata KC in sem seznanjen-a s pravilnikom Blagajne vzajemne pomoči.*

*Dovoljujem, da se mi od osebnega dohodka odteguje mesečna članarina v višini 3,00 € (s 1.aprilom 2007)*

Datum: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_