



SINDIKAT POLICIJSKIH SLUŽBENIKA

Union of Police Officers Croatia

PRISTUPNICA

u članstvo Kase uzajamne pomoći Sindikata policijskih službenika

Ime i prezime:

OIB:

Adresa stanovanja:

Mobilni telefon:

E-mail:

MUP/PU:

Ustrojstvena jedinica:

Banka:

IBAN:

Iznos mjesečnog uloga:

Sukladno članku 3. Pravilnika o Kasi uzajamne pomoći Sindikata policijskih službenika vlastoručnim potpisom ove Pristupnice prihvaćam navedeni Pravilnik i obveze koje proizlaze iz njega te ovom prilikom dajem Sindikatu policijskih službenika pisanu suglasnost da se od moje plaće, kao i od zakonom zaštićenog dijela plaće od ovrhe, ušteže gore navedeni novčani iznos mjesečnog uloga na žiroračun Kase uzajamne pomoći Sindikata policijskih službenika posredstvom ustrojstvene jedinice nadležne za obračun plaća Ministarstva unutarnjih poslova Republike Hrvatske.

U _____, dana _____ godine.

mjesto

datum

vlastoručni potpis glavnog sindikalnog povjerenika

M.P.

*vlastoručni potpis

* vlastoručnim potpisom pod materijalnom i kaznenom odgovornošću potvrđujem da su osobni podaci koje sam ustupio istiniti.