



INAS

SINDIKAT RADNIKA INE I DRUŠTAVA INE ZAGREB
TRADE UNION OF INA AND INA ASSOCIATED COMPANIES WORKERS

IME I PREZIME: _____

MATIČNI BROJ KOD POSLODAVCA: _____

MJESTO RADA I BROJ TELEFONA: _____

INAŠ-u – SINDIKATU RADNIKA INE I DRUŠTAVA INE, ZAGREB

PRISTUPNICA U ČLANSTVO BLAGAJNE UZAJAMNE POMOĆI

Potpisom potvrđujem, da pristupam članstvu Blagajne uzajamne pomoći i da ću u potpunosti poštivati odredbe Pravilnika o poslovanju Blagajne uzajamne pomoći INAŠ-a – Sindikata radnika INE i društava INE, Zagreb

Suglasan sam, da se moji članski ulozi u mjesečnom iznosu od

_____ kuna,

od sada do opoziva, redovito ustežu pri obračunu i isplati moje plaće, te doznačuju u korist sredstava Blagajne uzajamne pomoći INAŠ-a – Sindikata radnika INE i društava INE, Zagreb.

Napomena: Članski ulozi mogu iznositi od 50,00 do 500,00 kuna.

(potpis podnositelja zahtjeva)

U _____
(mjesto i datum)



Član je:

