

ISTUPNICA

IZ ČLANSTVA KASE UZAJAMNE POMOĆI

Podružnica: _____

Ime i prezime: _____

OIB: _____

Šifra radnika/ce: _____

Mjesto rada: _____

Adresa prebivališta: _____

Broj mobitela: _____

E-mail: _____

Molim da mi s plaće prestanete ustezati članski ulog i članarinu za rad Kase uzajamne pomoći, te slobodnom voljom istupam iz članstva Kase uzajamne pomoći NCS.

Izjavljujem da nemam nikakvog dugovanja prema Kasi uzajamne pomoći NCS.

Dragovoljno pristajem da Sindikat moje gore navedene osobne podatke obrađuje u skladu s propisima o zaštiti pojedinca u vezi s obradom osobnih podataka, a isključivo u svrhu ostvarivanja prava na korištenje sredstava iz Kase uzajamne pomoći.

/ MJESTO I DATUM /

/ VLASTORUČNI POTPIS /