

STRUKOVNI SINDIKAT DOKTORA MEDICINE I STOMATOLOGIJE

TUZLANSKOG KANTONA

**P R I S T U P N I C A**

Ovom pristupnicom prihvatam članstvo u Strukovnom sindikatu doktora medicine i stomatologije Tuzlnaskog kantona.

Ime i prezime:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Matični broj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Specijalizacija:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zdravstvena ustanova:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Klinika,Poliklinika,odjeljenje:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum pristupanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P o t p i s:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

----------------------------------------------------------------------------------------------------

I Z J A V A

Ja\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pristajem da mi se od ličnog dohotka odbija mjesečna članarina, na ime Strukovnog sindikata doktora medicine i stomatologije Tuzlanskog kantona,u iznosu od 0,5%od moje neto plate i to počev od\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_godine.

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