



PRISTUPNICA

u članstvo

Sindikatu radnika u zdravstvu u Kantonu Sarajevo
(ovaj listić dostavite predsjedniku osnovne sindikalne organizacije)

Ime i prezime: _____

Zaposlen-a u: _____
(tačan naziv i adresa poslodavca)

Na radnom mjestu: _____ Stručna sprema: _____

Godina staža: _____ Tel./mob: _____ E-mail: _____

Izjavljujem i svojim ličnim potpisom potvrđujem da prihvatam prava i obveze koja proizlaze iz
Statuta Sindikata radnika u zdravstvu u Kantonu Sarajevo.

Saglasan/na sam da mi se članarina od 0,5% netto plaće obračunava preko platne liste i uplaćuje na račun sindikata u skladu sa Statutom Sindikata radnika u zdravstvu u Kantonu Sarajevo.

Potpis

Sarajevo, _____ 20 ____ g. _____



PRISTUPNICA

u članstvo

Sindikatu radnika u zdravstvu u Kantonu Sarajevo
(ovaj listić dostavite predsjedniku osnovne sindikalne organizacije)

Ime i prezime: _____

Zaposlen-a u: _____
(tačan naziv i adresa poslodavca)

Na radnom mjestu: _____ Stručna sprema: _____

Godina staža: _____ Tel./mob: _____ E-mail: _____

Izjavljujem i svojim ličnim potpisom potvrđujem da prihvatam prava i obveze koja proizlaze iz
Statuta Sindikata radnika u zdravstvu u Kantonu Sarajevo.

Saglasan/na sam da mi se članarina od 0,5% netto plaće obračunava preko platne liste i uplaćuje na račun sindikata u skladu sa Statutom Sindikata radnika u zdravstvu u Kantonu Sarajevo.

Potpis

Sarajevo, _____ 20 ____ g. _____