



**СИНДИКАЛНА ОРГАНИЗАЦИЈА
ЕПС ОДС БЕОГРАД**

**ЗАХТЕВ ЗА УЧЛАЊЕЊЕМ У
СИНДИКАЛНУ КАСУ УЗАЈАМНЕ ПОМОЋИ**

Презиме и име члана	
ЈМБГ	
Матични број радника - МБР	
Место и адреса пребивалишта	
Број личне карте	
Орган издавања личне карте	
Приватни телефон	
Занимање	
Организациона целина	
Локација рада	
Телефон на послу	

ИЗЈАВЉУЈЕМ:

- Да је мој месечни улог у каси узајамне помоћи: _____ рсд, на месечном нивоу.
- да прихватам сва права, обавезе и одговорности које проистичу из чланства у синдикалној каси узајамне помоћи а у складу са Правилима о раду касе узајамне помоћи Синдикалне организације ЕПС ОДС БЕОГРАД.

У Београду,
дана __. __. 20__ године

(име и презиме члана)

(својеручни потпис)

(потпис овлашћеног лица Касе)