



**СИНДИКАЛНА ОРГАНИЗАЦИЈА
ЕПС ОДС БЕОГРАД**

**ЗАХТЕВ ЗА ИШЧЛАЊЕЊЕМ ИЗ
СИНДИКАЛНЕ КАСЕ 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 желим да се ишчланим из касе узајамне помоћи.
- да прихватам сва права, обавезе и одговорности које проистичу по основу брисања 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)