



ЗАХТЕВ ЗА ИШЧЛАЊЕЊЕМ ИЗ СИНДИКАЛНЕ КАСЕ УЗАЈАМНЕ ПОМОЋИ

| | |
|-----------------------------|--|
| Презиме и име члана | |
| ЈМБГ | |
| САП 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 Електродистрибуција Београд.

У Београду,
дана __.__.20__. године

(име и презиме члана)

(број текућег рачуна)

(својеручни потпис)