



## 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)