ZVEZA
SABS
Zveza sindikatov azbestnih bolnikov Slovenije

Kolodvorska pot 8, 5000 Nova Gorica
tel. (05) 333 19 93 fax: (05) 333 19 94
IBAN: SI56 6100 0000 1454 280

P R I S T O P N A I Z J A V A

Podpisani(a) _____
(ime, priimek)

Rojen(a) _____
(dan, mesec, leto rojstva)

Zaposlen(a) _____
(ime zavoda, kraj, ulica, tel.)

Upokojen(a) |__|__| |__|__|__|__|__|__|__| |__|
(številka upravičenca/-nke pri ZPIZ-u)

Stal. prebivališče_____
(kraj, ulica, poštna številka, telefon)

Občina _____

IZJAVLJAM, DA ŽELIM POSTATI ČLAN(ICA) "ZVEZE SINDIKATOV AZBESTNIH BOLNIKOV SLOVENIJE" – **Povezan(a) v SABS**_____

SPREJEMAM STATUT IN PROGRAM ZVEZE SINDIKATOV AZBESTNIH BOLNIKOV SLOVENIJE TER SE OBVEZUJEM, DA BOM MESEČNO PORAVNAL(A) ČLANARINO.

V _____ , dne _____

Podpis:

_____

OBKROŽITE - OZNAČITE:
☐A: Pristop (na novo)
☐B: Prestop iz drugega sindikata

ZVEZA
SABS
Zveza sindikatov azbestnih bolnikov Slovenije

Kolodvorska pot 8, 5000 Nova Gorica
tel. (05) 333 19 93 fax: (05) 333 19 94
IBAN: SI56 6100 0000 1454 280

P R I S T O P N A I Z J A V A

Podpisani(a)_____
(ime, priimek)

Rojen(a)_____
(dan, mesec, leto rojstva)

Zaposlen(a) _____
(ime zavoda, kraj, ulica, tel.)

Upokojen(a) |__|__| |__|__|__|__|__|__|__| |__|
(številka upravičenca/-nke pri ZPIZ-u)

Stal. prebivališče _____
(kraj, ulica, poštna številka, telefon)

Občina _____

IZJAVLJAM, DA ŽELIM POSTATI ČLAN(ICA) "ZVEZE SINDIKATOV AZBESTNIH BOLNIKOV SLOVENIJE" – **Povezan(a) v SABS**_____

SPREJEMAM STATUT IN PROGRAM ZVEZE SINDIKATOV AZBESTNIH BOLNIKOV SLOVENIJE TER SE OBVEZUJEM, DA BOM MESEČNO PORAVNAL(A) ČLANARINO.

V _____, dne _____

Podpis:

_____

OBKROŽITE - OZNAČITE:
☐A: Pristop (na novo)
☐B: Prestop iz drugega sindikata