



SINDIKAT KLINIČKOG BOLNIČKOG CENTRA ZAGREB
SINDIKAT KBC ZAGREB
Kišpatićeva 12, HR-10000 ZAGREB

091-2400-700;

ured.sindikatkbczagreb@gmail.com

IZJAVA O SUGLASNOSTI

Kojom JA OIB:
(ime i prezime)

.....
(Klinika/ klinički zavod/Sektor/Služba)

tel., član/ica **DA / NE SINDIKATA KBC Zagreb**, Kišpatićeva 12,
Zagreb, OIB: 79642294955; dajem suglasnost poslodavcu da mi temeljem ove izjave
ustegne obročnu otplatu putem moje plaće
na ime troškova **IZLETA – TRST, 6. srpnja 2025.**

CIJENA: 40 EUR

CIJENA, članovi *Sindikata KBC Zagreb: 20 EUR

CIJENA, djeca *članova do 18 god.: 20 EUR

UKUPNI IZNOS DUGA : EUR

BROJ RATA (min.iznos 20 eur):

IZNOS RATE: EUR

U svrhu toga molim od Službe obračuna plaća i naknada da mi omogući otplatu na iznos
ukupnog duga od EUR na beskamatna obroka.

Potpisnik/ica izjave:

U Zagrebu,

Odobrio
SINDIKAT KBC ZAGREB: