



SINDIKAT
MINISTRSTVA ZA
OBRAMBO
Dalmatinova 4,
1000 Ljubljana
info@sindikatomors.si



Zveza svobodnih sindikatov Slovenije
Dalmatinova 4, 1000 Ljubljana

PRISTOPNA IZJAVA

PODATKI O ČLANU (izpolni s tiskanimi črkami)

IME: _____

PRIIMEK: _____

DATUM ROJSTVA: _____

*DAVČNA ŠTEVILKA: _____ *TELEFON/GSM: _____

DOMAČI NASLOV: _____

*EMAIL: _____

PROSTOVOLJNO VSTOPAM V SINDIKAT MINISTRSTVA ZA OBRAMBO

S podpisom te pristopne izjave sprejemam Statut in program SMO ter Statut in program ZSSS. Zavežujem se plačevati članarino in dovoljujem njeno odtegotvanje od plače, skladno z akti SMO in ZSSS, ter dovoljujem, da sem moji osebni podatki zbirajo za namene določene z akti SMO ter ZSSS. Za plačilo članarine pooblaščam strokovne službe MO za direktno bremenitev moje plače.

Dovoljujem, da se moji osebni podatki zbirajo za vodenje točne evidence članstva, spremljanje gibanja članstva, plačevanje članarine, izobraževanje, nudenje pravne pomoči, izplačevanje solidarnostih pomoči, spremljanje podatkov o funkcijah, vodenje zavarovanja in izdelavo statističnih analiz.

Dovoljujem, da sem moji osebni podatki zbirajo za namene obveščanja.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____

IZPOLNI POOBLAŠČENA OSEBA SMO:

Kraj in datum: _____

MP

Podpis: _____

Obr. 1

*neobvezno



SINDIKAT
MINISTRSTVA ZA
OBRAMBO
Dalmatinova 4,
1000 Ljubljana
info@sindikatomors.si



Zveza svobodnih sindikatov Slovenije
Dalmatinova 4, 1000 Ljubljana

PRISTOPNA IZJAVA

PODATKI O ČLANU (izpolni s tiskanimi črkami)

IME: _____

PRIIMEK: _____

DATUM ROJSTVA: _____

*DAVČNA ŠTEVILKA: _____ *TELEFON/GSM: _____

DOMAČI NASLOV: _____

*EMAIL: _____

PROSTOVOLJNO VSTOPAM V SINDIKAT MINISTRSTVA ZA OBRAMBO

S podpisom te pristopne izjave sprejemam Statut in program SMO ter Statut in program ZSSS. Zavežujem se plačevati članarino in dovoljujem njeno odtegotvanje od plače, skladno z akti SMO in ZSSS, ter dovoljujem, da sem moji osebni podatki zbirajo za namene določene z akti SMO ter ZSSS. Za plačilo članarine pooblaščam strokovne službe MO za direktno bremenitev moje plače.

Dovoljujem, da se moji osebni podatki zbirajo za vodenje točne evidence članstva, spremljanje gibanja članstva, plačevanje članarine, izobraževanje, nudenje pravne pomoči, izplačevanje solidarnostih pomoči, spremljanje podatkov o funkcijah, vodenje zavarovanja in izdelavo statističnih analiz.

Dovoljujem, da sem moji osebni podatki zbirajo za namene obveščanja.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____

IZPOLNI POOBLAŠČENA OSEBA SMO:

Kraj in datum: _____

MP

Podpis: _____

Obr. 1

*neobvezno

