

MOLIMO OBRAZAC POPUNITE ČITKO ŠTAMPANIM SLOVIMA

Naziv KUP-a/Udruge: KASA UZAJAMNE POMOĆI KUP PLIN, IVANIĆ GRAD

OIB: 85806244575

Adresa: 65.BAT. ZNG 3, 10310 IVANIĆ GRAD

IZJAVA O SUGLASNOSTI ZA OBUSTAVU OD PLAĆE

Ime: _____

Prezime: _____

OIB: _____

Matični broj radnika: _____

Poslodavac (naziv, adresa): _____

A) ČLANARINA

Ovom Izjavom potvrđujem i suglasan/suglasna sam da gore naznačeni poslodavac od moje plaće svaki mjesec usteže **iznos od** _____ (slovima: _____) **EUR na ime podmirenja članarine** u gore naznačenom KUP-u/Udrugi, te navedeni iznos uplaćuje u korist računa KUP-a/Udruge koji se vodi kod PBZ banke, pod brojem HR3723400091110555570. Ova suglasnost vrijedi do OPOZIVA.

B) POZAJMICE

Ovom Izjavom potvrđujem i suglasan/suglasna sam da gore naznačeni poslodavac od moje plaće svaki mjesec usteže **iznos od** _____ (slovima: _____) **EUR na ime otplate pozajmice** odobrene temeljem članstva u gore naznačenom KUP-u/Udrugi te navedeni iznos uplaćuje u korist računa KUP-a/Udruge koji se vodi kod PBZ banke, pod brojem HR3723400091110555570. Ova suglasnost vrijedi do otplate zadnje rate pozajmice iz točke B.

Ovu Izjavu dajem dobrovoljno, te njenim potpisom potvrđujem kako sam upoznat da u bilo koje vrijeme suglasnost za obustavu od plaće mogu opozvati. U slučaju opoziva suglasnosti za obustavu obvezujem se pravovremeno obavijestiti pisanim putem poslodavca i KUP/Udrugu.

Mjesto i datum: _____

(vlastoručni potpis člana KUP-a/Udruge)