

Kasa uzajamne pomoći KUP Plin, Ivanić-Grad

Ulica 65. bataljuna ZNG, 3

10310 Ivanić-Grad

OIB: 85806244575

**PRISTUPNICA**
u članstvo kase uzajamne pomoći

Ime:		Prezime:	
Adresa:			
Datum rođenja:		OIB:	
E-mail:		Mobitel:	
Poduzeće:		Zanimanje:	
Mat. Br. u poduzeću:		Godine rad. staža:	

Želim plaćati mjesečni članski ulog u iznosu od: _____ EUR.

(mogući mjesečni članski ulogi: 15,00; 30,00; 50,00; 70,00; 100,00 EUR)

IZJAVA

- Molim da me temeljem ove pristupnice učlani u Kasu uzajamne pomoći KUP Plin, Ivanić-Grad, te izjavljujem da prihvaćam Statut KUP Plin-a kao i sve obveze koje iz njega proizlaze.
- Potpisom ove pristupnice ovlašćujem KUP Plin da moj mjesečni članski ulog kao i otplate preuzetih pozajmica naplaćuje putem obustava od moje plaće kod mog poslodavca.

PRIVOLA

- Svojim potpisom dajem privolu da KUP Plin, Ivanić-Grad, prikuplja, obrađuje i pohranjuje gore navedene podatke u svrhu odobravanja, isplate i vođenja evidencije članskog uloga i pozajmice iz Kase uzajamne pomoći. Svojim potpisom potvrđujem da ovu privolu dajem dragovoljno.

Pristupnicu dostaviti u sjedište KUP Plin-a osobno, poštom, ili na e-mail: info@kup-plin.hr

U _____, _____ 20____.

Vlastoručni potpis:
