



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

091-209-5000

## IZJAVA

za Službu obračuna plaća i naknada KBC Zagreb

---

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 – ADVENT**,  
**11.12.2021.** godine.

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

---

Potpisnik/ica izjave:

U Zagrebu, dana .....

---

Odobreno od:

## IZJAVA

za Službu obračuna plaća i naknada KBC Zagreb