



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

091-2400-700/091-209-5000
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, HR- 10 000 Zagreb, OIB: 79642294955;

dajem suglasnost poslodavcu da mi temeljem ove izjave ustegne obročnu otplatu putem plaće
na ime troškova **ALPE, 07. ožujak 2026.**

CIJENA: 66 EUR

CIJENA, članovi *Sindikata KBC Zagreb: 40 EUR

Djeca *članova do 18. god.: 40 EUR

UKUPNI IZNOS DUGA : EUR

BROJ RATA (max. 6 rata):

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: