



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

091-2400-700/091-209-5000  
[ured.sindikatkbczagreb@gmail.com](mailto: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 **ERGELA LIPICA, 14. lipanj 2026.**

**CIJENA, odrasli: 85 EUR**

**CIJENA, djeca do 12.godina: 80 EUR**

**CIJENA, članovi \*Sindikata KBC Zagreb: 55 EUR**

**Djeca \*članova do 18. god.: 55 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:**