



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

091-2400-700;

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,

Zagreb, OIB: 79642294955; dajem suglasnost poslodavcu da mi temeljem ove izjave ustegne
obročnu otplatu putem moje plaće

na ime troškova **IZLETA – POSTOJNA, 18. listopada 2025.**

CIJENA IZLETA uključuje ulaznicu

Odrasli: 85 EUR
djeca 6 -15. god.: 65 EUR
djeca do 5 godina: 40 EUR

ČLAN SINDIKATA KBC ZAGREB i *djeca članova

Odrasli: 50 EUR
***djeca 6-15. god.: 50 EUR**
***djeca do 5. god.: 25 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**