



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

KONTAKT:

leontic@sindikata-kbc-zagreb.com

mob.: 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 – Sarajevo;**
07.-08.03.2020. godine.

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

Potpisnik/ica izjave:

U Zagrebu, dana

Odobreno od:

IZJAVA O SUGLASNOSTI

za Službu obračuna plaća i naknada KBC Zagreb