

**PRISTOPNA IZJAVA**

Podpisani/-a _____ rojen/-a _____,
stanujoč/-a _____ izjavljam, da pristopam
k vzajemnemu skladu za pomoč v primeru **prekinitve dela, trajajoče najmanj tri mesece.**

Obenem izjavljam, da sem seznanjen/-a s »Pravilnikom o vzajemnem skladu« Združenja, in bom redno poravnaval/-a iz te pristopne izjave in Pravilnika izhajajoče obveznosti.

Obveznosti do sklada bom poravnaval/-a:
(označite ustrezno)

1. 1 x letno v višini 84,00 €
2. 2 x letno v višini 42,00 €

Datum in kraj:	Podpis:
-----------------------	----------------

PROSIMO ZA TOČNE PODATKE!

Ime in priimek	
Naziv ordinacije	
Naslov ordinacije (ulica in hišna številka) (poštna številka in kraj)	
Telefon:	Fax:
Elektronska pošta	