

POTVRDA ZA DJELATNIKA POSLOVNOG PARTNERA
[u svrhu korištenja usluga JADRANSKOG OSIGURANJA d.d.]

Kontakt osoba Hrvoje Zec 099/3175-149. Djelatnici JO i STP obavezno kontaktirati prilikom registracije.

PODACI O POSLOVNOM PARTNERU

Naziv sind. – Društva: OPĆI SINDIKAT MUP-A
Broj Ugovora : 8200000532
OIB: 78137360535
Mjesto i adresa : ZAGREB, PETROVA 152

PODACI O DJELATNIKU / ČLANU SINDIKATA

Prezime i ime _____
OIB _____
Mjesto i adresa stanovanja _____

Ovjera poslovnog partnera (sindikata) – Žig i potpis Potpis djelatnika:

Korištene su slijedeće usluge JADRANSKOG OSIGURANJA d.d.:

1. USLUGE OSIGURANJA

Polica AO br. _____ kn
Polica AK br. _____ kn
Polica OVO br. _____ kn

2. USLUGE STANICE ZA TEHNIČKI PREGLED VOZILA

Ukupno usluge _____ **kn**

SVEUKUPNO 1 + 2 _____ **kn**

BROJ MJESEČNIH OBROKA _____

Za JADRANSKO [potpis i M. P.] _____

Za S.T.P. potpis _____

Djelatnik Partnera [potpis] _____

U _____, dana _____

Izjavljujem da se od moje plaće ili naknade plaće za vrijeme bolovanja, koju primam od tvrtke svakog mjeseca ,počevši od narednog mjeseca , u slijedećih _____ mjeseci ,obustavlja na ime obročne naknade iznos za troškove osiguranja i registracije u korist žiro računa Jadranskog osiguranja d.d. koji je definiran Ugovorom o poslovnoj suradnji . Suglasan sam da navedene obustave mogu prijeći i više od 1/3 moje plaće ili naknade.U slučaju dugotrajnog bolovanja(više od 42 dana) ili odlaska iz tvrtke ,obvezujem se da ću samostalno plaćati preostale neplaćene obroke tj.dostaviti Jadranskom osiguranju d.d. slipove,čekove ili druga sredstva plaćanja.

Prvi dio Potvrde ispunjava ovlaštena osoba u tvrtci (sindikatu), a drugi dio djelatnik Jadranskog osiguranja d.d.. Jedan primjerak original Potvrde ostaje kod Jadranskog osiguranja d.d., a kopija popunjene Potvrde se uručuje djelatniku tvrtke prilikom ugovaranja usluga. Poslovnom partneru se uz mjesečni obračun dostavlja također kopija.