

POTVRDA ZA DJELATNIKA POSLOVNOG PARTNERA U SVRHU KORIŠTENJA CROATIA ZDRVSTVENO OSIGURANJE

PODACI O POSLOVNOM PARTNERU

Naziv sind. - Društva **OPĆI SINDIKAT MUP-A**

OIB:78137360535

Mjesto i adresa: PETROVA 152, 10 000 ZAGREB

NOSITELJ OSIGURANJA:

PU/PP: _____

OIB: _____

Prezime i ime: _____

OSIGURANA OSOBA

Prezime i ime: _____

Mjesto (BROJ POŠTE!) i adresa stanovanja: _____

datum i mjesto rođenja _____

OIB: _____

JMBG: _____

Broj sig. osobe u obv.zdr. Osiguranju): _____

TELEFON I MOB: _____

E-MAIL: _____

Način plaćanja: obustava sa plaće

a) mjesečno

Izjavljujem da sam suglasan-na da se od moje plaće obračunava i isplaćuje obustava u visini 75 kuna mjesečno odnosno 900 godišnje na žiro račun Općeg sindikata Ministarstva unutarnjih poslova otvoren kod Erste&Steiermärkische bank d.d. **IBAN BR: HR5924020061100624501** za dopunsko zdravstveno osiguranje.

MOLIM VAS DA POTVRDU ISPUNITE TISKANIM SLOVIMA, HVALA

Poslati na 01/4570-594 ili spec. 20744 ili na zpali.osmupa@gmail.com ili zpali@osmupa.hr

U _____, dana _____, g

Vlastoručni potpis



Opći Sindikat MUP-a Zagreb, Petrova 152 Fax.01/4570-594 ili 01/5514-212. POSLATI NA e-mail:
zpali@osmupa.hr ILI zpali.osmupa@gmail.com KONTAKT tel: 01/5514-213

Izjavljujem da se od moje plaće ili naknade plaće za vrijeme bolovanja koju primam, počevši od narednog mjeseca, u sljedećih _____ mjeseci obustavlja na ime obročne naknade iznos za troškove CROATIA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE u korist žiro računa OS MUP-a . 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 MUP-a obvezujem se da ću samostalno plaćati preostale neplaćene obroke.