

**POTVRDA ZA DJELATNIKA POSLOVNOG PARTNERA  
AUTOKLUBA SIGET**

**SERIJSKI BROJ POTVRDE:**

**PODACI O POSLOVNOM PARTNERU**

Naziv sindikata: OPĆI SINDIKAT MUP-A  
Broj Ugovora :  
OIB: 78137360535  
Mjesto i adresa : ZAGREB, PETROVA 152

**PODACI O ČLANU SINDIKATA**

Prezime i ime \_\_\_\_\_  
OIB \_\_\_\_\_  
Mjesto i adresa stanovanja \_\_\_\_\_

**PODACI O VOZILU**

Registarska oznaka \_\_\_\_\_  
Broj šasije \_\_\_\_\_

**Ovjera poslovnog partnera (sindikata) – Žig i potpis**

**Potpis djelatnika:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum izdavanja

**Korištene su slijedeće usluge AUTOKLUBA SIGET**

tehnički pregled	_____	<b>kn</b>
registracija	_____	<b>kn</b>
produženje registracije	_____	<b>kn</b>
baždarenje tahografa	_____	<b>kn</b>
homologacija	_____	<b>kn</b>
<b>Ukupno usluge</b>	_____	<b>kn</b>

BROJ MJESEČNIH OBROKA \_\_\_\_\_

Za AK SIGET [potpis i M. P.]

Djelatnik Partnera [potpis]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

Izjavljujem da se od moje plaće ili naknade plaće za vrijeme bolovanja, koju primam ,počevši od narednog mjeseca , u slijedećih \_\_\_\_\_ mjeseci ,obustavlja na ime obročne naknade iznos za troškove AUTOKLUBA SIGET 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.

Prvi dio Potvrde ispunjava ovlaštena osoba u sindikatu, a drugi dio djelatnik AUTOKLUBA SIGET. Jedan primjerak original Potvrde ostaje kod AUTOKLUBA SIGET ,a kopija popunjene Potvrde se uručuje članu OS MUP-a prilikom ugovaranja usluga. Poslovnom partneru se uz mjesečni obračun dostavlja također kopija.