



SINDIKAT DOKTORA MEDICINE I STOMATOLOGIJE KANTONA SARAJEVO  
Sarajevo, Bulevar Meše Selimovića 81 B  
Tel: 061/ 854-576; e-mail: [sindikatdmis.ks@gmail.com](mailto:sindikatdmis.ks@gmail.com); [www.sindikat-dmis-ks.ba](http://www.sindikat-dmis-ks.ba)  
Transakcijski račun: Privredna banka d.d. Sarajevo: 1011040074125349 ID: 4202311900001

## ***PRISTUPNICA***

PODRUŽNICA- JUDZKS- OO .....

Ime i prezime (štampanim slovima).....

Na osnovu člana 14., 33., 34., 35., 36., 37 i 38. Statuta Sindikata doktora medicine i stomatologije Kantona Sarajevo dajem sljedeću

### ***IZJAVU***

Prihvatam Statut i programske ciljeve Sindikata doktora medicine i stomatologije Kantona Sarajevo (čl.14, čl. 33, čl. 34, čl. 35, čl. 36, čl. 37 i čl. 38.), upoznat sam sa pravima i obavezama, dobrovoljno se učlanjujem u Sindikat doktora medicine i stomatologije Kantona Sarajevo i saglasan sam da mi se sa platne liste odbija mjesečna članarina predviđena Statutom (čl.33) i uplaćuje na žiro račun Sindikata.

Izjavu potvrđujem svojeručnim potpisom

\_\_\_\_\_

e-mail adresa \_\_\_\_\_

broj telefona \_\_\_\_\_

Sarajevo, \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.god.

