



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

PRISTUPNICA

PODRUŽNICA- KCUS -.....

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 DMISKS.

Izjavu potvrđujem svojeručnim potpisom

e-mail adresa _____

broj telefona _____

Sarajevo, _____ 20__ .god.

