



SINDIKAT DOKTORA MEDICINE I STOMATOLOGIJE KANTONA SARAJEVO
Sarajevo, Bulevar Meše Selimovića 81 B
Tel/fax 033/ 498-116; e-mail: sindikatdmis.ks@gmail.com; www.sindikat-dmis-ks.ba
Transakcijski račun: Privredna banka d.d. Sarajevo: 1011040074125349 ID: 4202311900001

PRISTUPNICA

PODRUŽNICA

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.

