



SAMOSTALNI SINDIKAT ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI HRVATSKE,

Trg kralja Petra Krešimira IV br 2, 10 000 Zagreb
web: www.sszssh.hr, mail: sszssh@sszssh.tcloud.hr

P R I S T U P N I C A

Ime	<input type="text"/>											
Prezime	<input type="text"/>											
Datum, mjesto I država rođenja	<input type="text"/>											
Dan, mjesec I godina rođenja	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa stanovanja, ulica	<input type="text"/>											
Pošta, mjesto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Telefon stanovanja	<input type="text"/>				Mobitel	<input type="text"/>						
Zanimanje	<input type="text"/>											
Zaposlenje, naziv poduzeća / ustanove	<input type="text"/>											
Adresa radnog mjesta	<input type="text"/>											
Pošta, mjesto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
Telefon radnog mjesta	<input type="text"/>				Fax	<input type="text"/>						
E-mail	<input type="text"/>											

NAPMENA:

Radnik se u Sindikat ućlanjuje dragovoljno, te postaje punopravnim ćlanom potpisivanjem ove PRISTUPNICE i suglasan je s obustavom sindikalne ćlanarine.

Dana, _____

Vlastorućni potpis, _____

Red.br. pristupnice	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zagreb	_____					
Ispunjava se u Sindikatu	_____ potpis					