



**SINDIKAT DELAVCEV
V ZDRAVSTVENI NEGI
S L O V E N I J E
M e t e l k o v a 1 5
1 0 0 0 L J U B L J A N A**

Telefon: 01/ 439 40 30; 01439 72 80

FAX.: 01/ 439 72 85

E- mail.: sdzns@siol.net

<http://www.sdzns.si>

Evidenčna št.: _____

/SDZNS/

PRISTOPNA IZJAVA

PRIIMEK: _____ **dekliški:** _____ **IME:** _____

Datum rojstva: _____ kraj rojstva: _____

EMŠO: _____ Davčna št.: _____

Tel.št.: _____ E-mail: _____

Naslov stalnega prebivališča: _____

Poštna številka: _____ Kraj: _____

Os. mat. št. v zavodu: _____ Oddelek: _____

Naslov zavoda in pošta: _____

Delovno mesto: _____ stopnja izobrazba: _____

Prostovoljno se včlanjujem v SINDIKAT DELAVCEV V ZDRAVSTVENI NEGI SLOVENIJE. Zavezujem se plačevati članarino v skladu z akti SDZNS ter dovoljujem, da se moji osebni podatki vodijo za namene določene z akti SDZNS.

/Kraj, datum /

/podpis/

Pristopno izjavo oddate predstavniku SDZNS na oddelku oziroma predsedniku sindikalne enote!