



SINDIKAT
MINISTRSTVA ZA
OBRAMBO
Dalmatinova 4,
1000 Ljubljana
info@sindikatomors.si

IZSTOPNA IZJAVA

PODATKI O ČLANU (izpolni s tiskanimi črkami)

IME: _____

PRIIMEK: _____

DATUM ROJSTVA: _____

DAVČNA ŠTEVILKA: _____ TELEFON/GSM: _____

DOMAČI NASLOV: _____

PROSTOVOLJNO IZSTOPAM IZ ČLANSTVA SINDIKATA MINISTRSTVA ZA OBRAMBO

Seznanjen sem, da postopek izstopa in prenehanja plačevanja članarine lahko traja do dva meseca.

Kraj in datum: _____

Podpis: _____

IZPOLNI POOBLAŠČENA OSEBA SMO:

Kraj in datum: _____

MP

Podpis: _____

Nalepiti člansko izkaznico