**SINDIKALNA ORGANIZACIJA ..............................................................................**

**STAMBENI FOND ZAPOSLENIH U SOCIJALNOJ DJELATNOSTI CRNE GORE**

***P R I S T U P N I C A***

|  |  |
| --- | --- |
| **Ime i prezime** |  |
| **JMB** |  |
| **Broj lične karte** |  |
| **Adresa** |  |
| **Broj telefona** |  |
| **Ustanova** |  |
| **Radno mjesto** |  |

Ja, dolje potpisani/a izajvljujem da dobrovoljno prihvatam da mi se od zarade svakog mjeseca odbija 10,00 eura (deset eura) koje će se uplaćivati na račun Stambenog fonda zaposlenih u socijalnoj djelatnosti.

U slučaju da dobijem sredstva od fonda po bilo kom osnovu, obavezujem se da ću narednih 6 mjeseci posle toga nastaviti da uplaćujem po 10,00 eura (deset eura) na račun Stambenog fonda zaposlenih u socijalnoj djelatnosti.

U slučaju da ne dobijem sredstva od fonda po bilo kom osnovu ili da iz nekih drugih razloga odlučim da napustim Stambeni fond zaposlenih u socijalnoj djelatnosti, Sindikat zaposlenih u socijalnoj djelatnosti Crne Gore je u obavezi da izvrši povrat mojih sredstava, osim sredstava za prvih 6 mjeseci uplate u iznosu od 60,00 eura (šezdeset eura) ili manje, ako se isključim prije roka od 6 mjeseci.

U , \_\_\_\_\_\_\_\_ 2024. godine

Zaposleni/a

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Predsjednik/ca SO

M.P \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_