

Podružnica

Ime i prezime

broj telefona/mobitela

**SAMOSTALNI STRUKOVNI SINDIKAT DOKTORA MEDICINE I
STOMATOLOGIJE
ZENIČKO – DOBOJSKOG KANTONA
Odbor solidarnosti
Bulevar kralja Tvrtka I br.4/2
72 000 ZENICA**

PREDMET: Zahtjev za materijalnu pomoć u skladu sa Pravilnikom Odbora solidarnosti

Molimo cijenjeni naslov da u skladu sa Pravilnikom o radu Odbora solidarnosti i dodjeli sindikalne pomoći, odobri naknadu članu Podružnice _____, koji uredno izmiruje članarinu duže od godinu dana, zbog _____.

Zahtjevu prilažem dokaz / medicinsku dokumentaciju, a za ljekare koji odlaze u penziju - rješenje (odluku) o odlasku u penziju /.

NAPOMENA: Uz zahtjev prilažem ispunjenu potvrdu o adresi prebivališta i o posjedovanju računa iz banke.

potpis predsjednika Podružnice

potpis podnosioca zahtjeva

U _____, dana _____.