

PRISTOPNA IZJAVA

Priimek in ime: _____ Datum rojstva: _____

Zaposlen-a v: _____

Naslov stalnega bivališča: _____

Elektronski naslov: _____

**izjavljam, da se prostovoljno včlanjujem v
Sindikat laboratorijske medicine Slovenije SILMES**

S to izjavo sprejemam statutarna določila Sindikata laboratorijske medicine SILMES, program dela sindikata in sklepe o finančno materialnem poslovanju Sindikata laboratorijske medicine Silmes.

Dovoljujem, da se lahko moji osebni podatki uporabljajo za namene statistične obdelave za potrebe Sindikata laboratorijske medicine Silmes, za obveščanje o aktivnostih Sindikata laboratorijske medicine Silmes ter za pridobivanje reprezentativnosti sindikata in dovoljujem odtegotvanje članarine od plače v skladu z zakonom, kolektivno pogodbo in akti sindikata, v katerega se včlanjujem.

V/Na _____, dne _____ podpis

Izpolnjene izjave pošljite na naslov: SILMES, Trg Osvobodilne fronte 14, 1000 Ljubljana