

POTVRDA ZA DJELATNIKA POSLOVNOG PARTNERA
[u svrhu korištenja usluga ADRIATIC OSIGURANJE d.d.]

KONTAKT OSOBA : MELITA GILJA

099 3670640 ; 01 2093423; mgilja@mg-osiguranje.com

PODACI O POSLOVNOM PARTNERU

Naziv sind.-Društva: HRVATSKI STRUKOVNI SINDIKAT MEDICINSKIH SESTARA-
MEDICINSKIH TEHNIČARA

Broj Ugovora: 8200001054

OIB: 91105684487

Mjesto i adresa: 10000 ZAGREB, DRAŠKOVIĆEVA 7

PODACI O DJELATNIKU/ČLANU SINDIKATA

Prezime i ime:

OIB:

Mjesto i adresa stanovanja:

Datum ovjere poslovnog partnera- Žig i potpis

Potpis djelatnika

*potvrda vrijedi 15 dana od izdavanja

Korištene su slijedeće usluge ADRIATIC OSIGURANJA d.d.:

1. USLUGE OSIGURANJA

Polica AO br. _____ kn

Polica AK br. _____ kn

Polica OVO br. _____ kn

2. USLUGE STANICE ZA TEHNIČKI PREGLEDVOZILA

Ukupno usluge _____ kn

SVEUKUPNO 1 + 2 _____ kn

BROJ MJESEČNIH OBROKA -----

Za ADRIATIC [potpis i M. P.]

Djelatnik Partnera [potpis]

U _____, dana _____

Izjavljujem da se od moje plaće ili naknade plaće za vrijeme bolovanja, koju primam od tvrtke svakog mjeseca ,počevši od narednog mjeseca , u slijedećih ____ mjeseci ,obustavlja na ime obročne naknade iznos za troškove osiguranja i registracije u korist žiro računa Adriatic osiguranja d.d. koji je definiran Ugovorom o poslovnoj suradnji . Suglasan sam da navedene obustave mogu prijeći i više od 1/3 moje plaće ili naknade.U slučaju dugotrajnog bolovanja(više od 42 dana) ili odlaska iz tvrtke ,obvezujem se da ću samostalno plaćati preostale neplaćene obroke tj.dostaviti Adriatic osiguranju d.d. slipove ili druga sredstva plaćanja,kao i izjavu o obustavi s mođe računa.

Prvi dio Potvrde ispunjava ovlaštena osoba u tvrtci (sindikatu), a drugi dio djelatnik Adriatic osiguranja d.d.. Jedan primjerak original Potvrde ostaje kod Adriatic osiguranja d.d., drugi u stanici za tehnički pregled vozila, a kopija popunjene Potvrde se uručuje djelatniku tvrtke prilikom ugovaranja usluga. Poslovnom partneru se uz mjesečni obračun dostavlja također kopija.