

**OBRAZAC ADMINISTRATIVNE ZABRANE**  
[u svrhu korištenja usluga STP-a i ugovornih partnera]

Naziv sindikalne podružnice: SINDIKATI UDRUŽENI U MATICU HTVATSKIH SINDIKATA, TRG  
MARŠALA TITA 4, 10 000 ZAGREB  
OIB:33507893870

**POPUNJAVA SINDIKALNI POVJERENIK**

**PODACI O ČLANU**

Prezime i ime \_\_\_\_\_

OIB \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Žig i potpis sindikalnog povjerenika

**POPUNJAVA POSLODAVAC ČLANA (RAČUNOVODSTVO)**

**Podaci o Poslodavcu zaposlenika/člana/ugovaratelja osiguranja**

Naziv poslodavca: \_\_\_\_\_ Kon.osoba: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ Br.telefona: \_\_\_\_\_

Zaposlenik:  
Ime i prezime: \_\_\_\_\_ Oib: \_\_\_\_\_

Ostvario je prosječnu plaću u zadnja tri (3) mjeseca u visini od: \_\_\_\_\_ kuna  
Obustave na plaću do sada iznose: \_\_\_\_\_ kuna

\_\_\_\_\_  
Datum i potpis zaposlenika/člana

\_\_\_\_\_  
Datum, potpis, pečat poslodavca

**POPUNJAVA STANICA ZA TEHNIČKI PREGLED**

**IZJAVA O OBUSTAVI IZ PLAĆE I DRUGIH PRIMANJA**

**1. USLUGE STANICE ZA TEHNIČKI PREGLED**

UKUPNO USLUGE \_\_\_\_\_ kn

**BROJ MJESEČNIH OBROKA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
STP [potpis i M. P.]

\_\_\_\_\_  
Član [potpis]

U \_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_

Izjavljujem da se od moje plaće, koju primam od tvrtke svakog mjeseca, i drugih primanja, počevši od narednog mjeseca, u sljedećih \_\_\_\_\_ mjeseci, dostavlja na ime obročne naknade iznos za troškove registracije i osiguranja na žiro račun definiran ugovorom o poslovnoj suradnji.

U slučaju prestanka radnog odnosa, obvezujem se da ću samostalno plaćati preostale neplaćene obroke.

Prvi dio Potvrde ispunjava Tvrtka, a drugi dio djelatnik STP-a . Jedan primjerak original Potvrde ostaje kod djelatnika STP-a, a druga kopija popunjene Potvrde se uručuje ČLANU tvrtke prilikom ugovaranja usluga. Naručitelju se uz mjesečni račun/specifikaciju dostavlja kopija s računima svih obavljenih usluga za pojedinog člana.