SINDIKALNOJ ORGANIZACIJI SUDOVA ZA PREKRŠAJE CRNE GORE
Izvršnom odboru

Zahtjev za odobrenje nepovratne novčane pomoći usljed teške bolesti

Ime i prezime člana sindikata_____

JMBG člana sindikata _____

Kontakt telefon i mail adresa _____

Žiro račun člana sindikata br._____kod

banke _____.

Tražim da mi odobrite nepovratnu novčanu pomoć usljed teške bolesti

U prilogu zahtjeva dostavljam sljedeću medicinsku dokumentaciju:

Dana_____godine

Svojeručni potpis člana sindikata

_____

_____

Obrazac br.1

Neuredno ili nečitko popunjeni zahtjevi neće biti razmatrani od strane Izvršnog odbora.