# POTVRDA ZA DJELATNIKA POSLOVNOG PARTNERA

# [u svrhu korištenja usluga ADRIATIC OSIGURANJE d.d.]

KONTAKT OSOBA : JELENA KRMPOTIĆ

**Mobitel: 099 313 99 68 , E-mail: jelena.krmpotic@adriatic-osiguranje.hr**

#

**PODACI O POSLOVNOM PARTNERU**

Naziv sind.–Društva: OPĆI SINDIKAT MUP-a ADMINISTRACIJA

Broj Ugovora: 8200000532

OIB: 78137360535

Adresa sjedišta: DUBRAVA 137, ZAGREB

**PODACI O DJELATNIKU/ČLANU SINDIKATA**

Prezime i ime:

OIB:

Adresa prebivališta:

**Datum ovjere poslovnog partnera- Žig i potpis Potpis djelatnika**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*potvrda vrijedi 15 dana od izdavanja**

## Korištene su slijedeće uslugeADRIATIC OSIGURANJAd.d.:

**1. USLUGE OSIGURANJA**

 Polica AO br. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_ € ( \_\_\_\_\_\_\_\_ kn)

 Polica AK br. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_ € ( \_\_\_\_\_\_\_\_ kn)

 Polica OVO br. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_ € ( \_\_\_\_\_\_\_\_ kn)

UKUPNO OSIGURANJE = \_\_\_\_\_\_\_\_\_ € ( \_\_\_\_\_\_\_\_ kn)

**2. USLUGE STANICE ZA TEHNIČKI PREGLED**

 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 mog 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.