



PRISTOPNA IZJAVA

PODATKI O ČLANU (izpolnite s tiskanimi črkami)

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Naslov bivališča (ulica, hišna številka, poštna številka, pošta): _____

Naslov za prejemanje pošte (ulica, hišna številka, poštna številka, pošta): _____

Telefonska številka: _____

Elektronski naslov: _____

Status (ustrezno označite):

redno zaposlen/-a pri (naziv zaposlovalca): _____

prekarno zaposlen/-a študent/-ka upokojenec/-nka brezposeln/-a

Višina mesečne članarine sledi 1 % bruto plače pri navedenih neto zneskih, razredi so progresivno zaokroženi. Člani z mesečnim prihodkom več kot 2000 € se o višini članarine dogovorijo s predstavnikom sindikata, znesek pa ne sme biti manjši od 40 €.

Višina mesečne članarine glede na višino neto prihodka (označite ustrezno kategorijo):

- do 800 €: **5 €** 800–1000 €: **10 €** 1000–1200 €: **15 €** 1200–1400 €: **20 €**
 1400–1600 €: **25 €** 1600–1800 €: **30 €** 1800–2000 €: **35 €** več kot 2000 €: ____ €

Članstvo nastopi s seznanitvijo predsedstva sindikata s pristopno izjavo in vnosom v evidenco članov. Član lahko iz sindikata izstopi z izstopno izjavo, ki jo naslovi na predsedstvo sindikata in pošlje na info@szd-sila.org.



Podpisani/-a _____ izjavljam, da se prostovoljno včlanjujem v
Sindikata združenega dela SILA.

S to izjavo sprejemam statutarna določila Sindikata združenega dela SILA in program dela sindikata. Zavezujem se k rednemu plačevanju članarine v višini in na načine, določene z akti sindikata.

V/na _____, dne _____

Podpis: _____

(Izpolni predstavnik sindikata)

Številka člana: _____

Podpis: _____



Dovoljujem, da se moji osebni podatki zbirajo in uporabljajo za (ustrezno označite):

- vodenje evidence članov** (ime in priimek člana, evidenčna številka člana, rojstni datum, telefonska številka, elektronski naslov, naslov bivanja in naslov za prejemanje pošte, statistična regija, status, naziv in naslov zaposlovalca, če gre za redno zaposlenega člana, datum pridružitve, številka TRR člana, naziv banke, BIC SWIFT koda banke, referenčna oznaka in datum podpisa pooblastila, če gre za člana, ki plačuje članarino s pooblastilom za direktno bremenitev SEPA, znesek članarine, datum zadnje spremembe, opombe),
- spremljanje gibanja članstva** (ime in priimek člana, evidenčna številka člana, status, datum pridružitve, datum zadnje spremembe, opombe),
- plačevanje članarine** (ime in priimek člana, evidenčna številka člana, telefonska številka, elektronski naslov, status, datum pridružitve, številka TRR člana, naziv banke, BIC SWIFT koda banke, referenčna oznaka in datum podpisa pooblastila, če gre za člana, ki plačuje članarino s pooblastilom za direktno bremenitev SEPA, znesek članarine, datum zadnje spremembe, opombe),
- namene obveščanja** (ime in priimek člana, evidenčna številka člana, telefonska številka, elektronski naslov, statistična regija, datum pridružitve, datum zadnje spremembe, opombe).

Član lahko soglasje za zbiranje in uporabo osebnih podatkov umakne s pisno izjavo, ki jo naslovi na predsedstvo sindikata.

V/na _____, dne _____

Podpis: _____

(Izpolni predstavnik sindikata)

Številka člana: _____

Podpis: _____

**Pooblastilo za direktno bremenitev SEPA**

Pooblaščam Sindikat združenega dela SILA, da posreduje banki nalog za direktno bremenitev mojega računa, in pooblaščam banko, da skladno s tem nalogom obremeni moj račun.¹

Ime in priimek: _____

Datum rojstva: _____

Ulica in hišna številka: _____

Poštna številka in pošta: _____

Periodično (mesečno) plačilo članarine ob podpisu pooblastila (vpišite višino članarine v višini, kot je določena na pristopni izjavi): _____ €

Direktna bremenitev računa:

--	--	--	--	--	--	--	--

(BIC SWIFT)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(številka transakcijskega računa)

Ime in naslov banke: _____

V/na _____, dne _____

Podpis: _____

(Izpolni predstavnik sindikata)

Referenčna oznaka pooblastila: _____

¹ OPOMBE:

Vaše pravice v zvezi s pooblastilom za direktno bremenitev SEPA so navedene v splošnih pogojih, ki jih dobite pri svoji banki.

Direktna bremenitev se izvede med 20. dnevom v mesecu in koncem meseca.

V primeru kakršnihkoli sprememb morate podpisati novo pooblastilo. Staro pooblastilo preneha veljati z dnem predložitve novega pooblastila.

Pooblastilo prekličete s pisno izjavo, ki jo naslovite na Sindikat združenega dela SILA, info@szd-sila.org. V primeru izstopa iz sindikata pisnemu preklicu pooblastila dodate izstopno izjavo. Preklic velja od prvega dne v naslednjem mesecu po prejemu preklica pooblastila.