**УДРУЖЕЊЕ РАДИОЛОШКИХ ТЕХНОЛОГА**

**РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ**

**ДВАНАЕСТ БЕБА ББ**

**ЗАВОД ЗА КЛИНИЧКУ РАДИОЛОГИЈУ**

**УКЦ РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ, БАЊА ЛУКА**

**Број рачуна: 5620998106060604**

**ЈИБ Удружења: 4403438140001**

**П Р И С Т У П Н И Ц А**

**Презиме, име родитеља, име**

**ЈМБГ**

**Установа у којој сте запослени**

**Адреса установе, мјесто**

**Звање**

**Контакт телефон**

**e-mail**

**У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Датум \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Потпис подносиоца захтјева**

**С А Г Л А С Н О С Т**

**Доле потписани/а \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, запослен/а**

**(тачан назив установе у којој сте запослени)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**члан Удружења радиолошких технолога Републике Српске сагласан сам да се моја чланарина у Удружењу мјесечно одузима од моје плате и уплаћује на рачун Удружења од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( упишите мјесец од када почињете уплаћивати ).**

**Износ чланарине која се уплаћује је \_\_\_\_\_\_\_\_.**

**Обавезујем се да ћу све измјене мојих података пријавити предсједнику друштва.**

**Датум:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Потпис:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*потребно је да Вашу сагласност однесете у кадровску службу установе у којој сте запослени како би они могли да поступе по истој.**

**Молимо вас да испуњену сагласност заједно са приступницом у УРТРС пошаљете на адресу Удружења или скениране документе путем електронске поште.**