

Datum:

IZJAVA

Osebni podatki člana

Ime in priimek*	
Enota zaposlitve (NOE / PE)*	
Uradniški naziv / delovno mesto*	

* vpis zahtevanega podatka je obvezen

Izjavljam, da prostovoljno pristopam iz OPS _____, v članstvo Območnega policijskega sindikata kriminalistične policije in izjavljam, da s pristopom sprejemam Statut OPS KRIM in programske smernice za delo (program) Območnega policijskega sindikata kriminalistične policije, kot tudi vse obveznosti, ki izhajajo iz drugih aktov sindikata in članstva. Z izjavo dovoljujem, da se mi članarina za Območni policijski sindikat kriminalistične policije, skladno z veljavnimi sklepi, mesečno odvede od moje plače.

Lastnoročni podpis