

_____ (naziv preduzeća-ustanove)

Zaposlenom se daju overene 3 stranice
Ordinacija BENEVALE
Maksima Gorkog 101,
11000 Beograd
PIB : 114916350 Mat. br: 67952138
Tel : 064-9999-101
Email: info@benevale.rs

Na zahtev našeg radnika _____ matični broj _____, zaposlen/a na neodređeno vreme u _____ potvrđujemo da je naš radnik i da se može zadužiti u ordinaciji „BENEVALE“.

Maksimalni iznos mesečne rate može biti do _____ dinara, maksimalni broj mesečnih rata može biti _____.

Poslodavac se obavezuje i izjavljuje:

Da će uredno obustavljati mesečne rate i u onim slučajevima kada je zaposleni privremeno odsutan sa rada (godišnji odmor i sl.).

Da će u slučaju da zaposlenom po bilo kom osnovu prestane radni odnos izvršiti obustavu preostalog iznosa dugovanja od isplate poslednje zarade ili otpremnine.

Da će pismeno obavestiti Pružaoca usluga ukoliko zaposlenom, po bilo kom osnovu prestane radni odnos kod trenutnog poslodavca ukoliko raspolaže tom informacijom.

Kontakt telefon obračunske službe _____:

M.P.

_____ Mesto i datum izdavanja

_____ Ovlašćeno lice obračunske službe

IZJAVA PRIMAOCA USLUGA

Ovim izjavljujem da sam u potpunosti saglasan, da od moje zarade ili naknade zarade, poslodavac-isplatilac može odbiti i više od 1/3, ali ne više od 50% zarade ili naknade zarade, na ime otplate rata za koje se stavlja administrativna zabrana. U slučaju prestanka radnog odnosa saglasan sam, da mi se ostatak duga odbije u celosti od poslednje zarade, kao i da ukoliko moje preduzeće nije u mogućnosti da vrši obustave iz zarade, izvršim sam mesečne uplate rata kredita na račun ordinacije „BENEVALE“.

/Potpis primaoca usluga- korisnika zarada/

REŠENJE O ADMINISTRATIVNOJ ZABRANI

Stavlja se administrativna zabrana na ukupan iznos od _____ dinara, u _____ rate, iznos mesečne rate _____ u korist ordinacije BENEVALE“.

Ukupna vrednost PRUŽENIH USLUGA: _____.

Iznos obustavljenih rata uplaćivati na tekući račun ordinacije „BENEVALE“ 265168031000456832 kod Raiffeisen Bank-e.

/Potpis primaoca usluga- korisnika zarada/

Br.l.k. _____ MUP

Matični broj građanina _____

Adresa: _____

Telefon: _____

E mail _____

Pečat i potpis pružaoca usluga:

Datum početka-završetka pružanja usluga