

ZAKLADA "Profesor dr. Josip Sabol"

Pavlinska 4
42000 Varaždin – HRVATSKA
telefon: 042/321 414, fax: 042/321 415

Žiro račun/IBAN:
HR3723400091110665956
Privredna banka Zagreb

PRISTUPNICA

ZA ČLANSTVO U ZAKLADI ZA PRAVNE OSOBE

Naziv pravne osobe: _____

Adresa – ulica i broj: _____

Mjesto: _____

Država: _____

Djelatnost: _____

e-mail: _____

Telefon/GSM: _____

U ime pravne ustanove (tvrtke) koju zastupam, potpisom potvrđujem da ona želi biti član – podupiratelj Zaklade »Profesor dr. Josip Sabol« i obvezujem se da ću godišnje uplaćivati dogovoreni novčani iznos u fond Zaklade kako bi ona mogla ispunjavati svrhu za koju je osnovana.

Upaćivat ću mjesećni iznos od: _____ kn ili _____ €

Upaćivat ću godišnji iznos od: _____ kn ili _____ €

Mjesto i datum: _____

Vlastorućni potpis: _____

M.P.