

Назив и штембил на правното лице

Бр.на решение

До

ул. _____

ИЗЈАВА - СОГЛАСНОСТ

За донесување на Решение за административна забрана

Од корисникот на кредитот _____
(име и презиме)

(адреса)

_____, _____
(ЕМБГ) (бр. на лична карта)

Јас, долупотпишаниот _____ во редовен работен однос во _____ на работното место _____, а заради обезбедување покривање на долг према _____ врз основа на Договор број _____ од датум _____ година за купупродажба на производи со одложено плаќање на рати склучен помеѓу Синдикалната организација на УПОЗ при _____ и _____ ја давам следната

СОГЛАСНОСТ

1. На мојата плата, согласен сум да се стави административна забрана за отплата на обврските по цитираниот договор за купупродажба на производи на одложено плаќање, така што од секоја исплата на платата да ми се запира износот наведен во административната забрана, но не повеќе од 1/3 од платата, се до целосна наплата на побарувањето на ПЗУ УСКЦ „Проф д-р Бојо Андрески – Скопје врз основа на Договор број 03 / 50 од датум 27.02.2013 година за стоматолошки услуги со одложено плаќање на рати. Исто така согласен сум да важи договорот кој е потпишан.

2. Средствата кои ќе се запираат од мојата плата, го овластувам работодавачот да ги уплати на сметка број 300000003200066 во А.Д.Комерцијална банка – Скопје со даночен бр4080010517735 на име на ПЗУ УСКЦ „Проф д-р Бојо Андрески – Скопје за стоматолошки услуги со одложено плаќање на рати.

3. Согласен сум исто така, оваа административна забрана што е ставена врз мојата плата, доколку се вработам кај друг работодавач, сегашниот работодавач да ја достави кај новиот работодавач, заедно со документацијата и извештајот за наплатените износи и за тоа да ја извести другата страна во договорот.

4. Согласен сум да се задржат еднократно 300,00 денари при наплатата на првата рата на име манипулативни трошоци и да се уплатат на жиро сметката со број _____име на Синдикалната организација на УПОЗ при _____.

5. Доколку се задржам подолго на боледување, наплатата на ратите кои ќе доспеваат додека сум на боледување да ги вршам сам, а за тоа да приложам соодветен документ во Синдикалната Организација, а доколку тоа не го сторам наплатата на долгот кон доверителот, кој не е наплатен во текот на моето боледување сите задоцнети и неплатени рати да се наплатат во целост со добивање на првата наредна плата после завршувањето на боледувањето.

6. Доколку се случи прекин на работниот однос по било кој основ, согласен сум да од последната плата се задржи целосниот износ кој преостанал од долгот.

7. Согласен сум доколку вкупниот износ е над 50.000,00 денари да депонирам нотарски заверена изјава, дека во случај на неможност на исплата на долгот поради престанок на Работниот Однос по било кој основ, истиот ќе биде исплатен во целост и веднаш на сметка на 300000003200066 во А.Д.Комерцијална банка – Скопје со даночен бр4080010517735

8. Согласен сум доколку по било кој основ ми престане членството во Синдикалната Организација на УПОЗ при Министерство за земјоделство, шумарство и водостопанство, ненаплатениот дел од долгот, да биде исплатен во целост и веднаш

Телефон за контакт

Работа _____

Мобилен _____

Согласен,

Потпис

(име и презиме)

(скратен потпис)

Скопје _____ година