

До  
**СИТНИК ДООЕЛ**  
Ул.Гоце Делчев бр.42 Охрид

**ИЗЈАВА – СОГЛАСНОСТ**  
За донесување на Решение за административна забрана

Јас, долупотпишаниот \_\_\_\_\_, со адреса на живеење на \_\_\_\_\_ во редовен работен однос во \_\_\_\_\_ на работното место \_\_\_\_\_, а заради обезбедување покривање на долг према \_\_\_\_\_, под полна морална и материјална одговорност, доброволно, без присила или закана ја давам следната

**СОГЛАСНОСТ**

1. На мојата плата, согласен сум да се стави административна забрана за отплата на обврските по цитираниот договор за купопродажба 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 **СИТНИК ДООЕЛ Охрид**. 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 240120001742531 во Уни Банка АД Скопје, со даночен бр.4020991103185 и матичен бр. 4279751 на **СИТНИК ДООЕЛ Охрид** со цел на дознака по број на фактура.
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. Доколку се задржам подолго од 60 дена 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.
5. 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 и да се уплати на наведената сметка на **СИТНИК ДООЕЛ Охрид**.
- 6.Согласен сум доколку по било кој основ ми престане членството во Синдикалната Организација, ненаплатениот дел од долгот, да биде исплатен во целост и веднаш.

Телефон за контакт: Работа \_\_\_\_\_ Мобилен \_\_\_\_\_

Согласен,

\_\_\_\_\_  
(име и презиме)

Потпис,

\_\_\_\_\_  
(скратен потпис),