



KANDIDAT:

Ime in priimek: _____

Naslov: _____

Datum rojstva: _____

DELODAJALEC:

Naziv podjetja: _____

Naslov: _____

**IZJAVA KANDIDATA ZA SOGLASJE ZA IMENOVANJE V ODBOR ZAVAROVANCEV SKUPINE KRITNIH
SKALDOV MOJI SKLADI ŽIVLJENJSKEGA CIKLA
(predstavnik delodajalcev)**

Spodaj podpisani-a _____ soglašam z imenovanjem v Obor zavarovancev Skupine kritnih skladov MOJI skladi življenjskega cikla, kot predstavnik delodajalca.

V primeru, da mi bo v času mandata prenehalo delovno razmerje pri delodajalcu, bom odstopil iz Odbora zavarovancev.

V _____, dne _____

Podpis kandidata:

Spodaj podpisani delodajalec potrjujem, da je kandidat zaposlen pri delodajalcu in soglašam, da se ga imenuje v Odbor zavarovancev.

V _____, dne _____

Ime in priimek, funkcija in podpis zakonitega zastopnika delodajalca:
