



**KANDIDAT:**

Ime in priimek: \_\_\_\_\_

Naslov: \_\_\_\_\_

Datum rojstva: \_\_\_\_\_

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

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

V \_\_\_\_\_, dne \_\_\_\_\_

Podpis kandidata:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_