



Obrazec 2 (soglasje kandidata)

SPLOŠNE VOLITVE V SKUPŠČINO
ZASTOPNIKOV ČLANOV VZAJEMNE 2017**Soglasje kandidata h
kandidaturi za zastopnika članov v skupščini Vzajemne****v II. starostnem razredu**

- člani Vzajemne, rojeni od vključno 16. 7. 1969 do vključno 13. 1. 1981;

Podpisani* _____,
(ime in priimek)

datum rojstva* _____, stalno oz. začasno bivališče* _____

(kraj, ulica, hišna št.)

številka mobilnega telefona** _____

izobrazba* _____

elektronska pošta** _____

številka KZZ *** _____, devetmestna št. nad imenom osebe na kartici zdravstvenega zavarovanja

* obvezen podatek

** podatek je obvezen, in sicer z namenom omogočiti pravočasno oziroma hitro komunikacijo s predlagateljem zaradi pravočasne izvedbe volilnih opravil

*** podatek (ni obvezen), ki je namenjen preverjanju članstva v Vzajemni (aktivne volilne pravice)

izjavljam,da soglašam s kandidaturo za zastopnika članov v skupščini Vzajemne zdravstvene zavarovalnice,
d. v. z., v **II. starostnem razredu**.

V _____, dne _____ 2017.

Podpis* _____


Obrazec 2 (soglasje kandidata)
■ NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE:

1. Obvezno upoštevati, da je lahko kandidat samo član Vzajemne, ki je rojen vključno od 16. 7. 1969 do vključno 13. 1. 1981 (II. starostni razred), in ki izpolnjuje pogoj, da je na dan 31. 12. 2016 član Vzajemne že najmanj eno leto.
2. Prosimo navedite podatek o elektronski pošti in številki mobilnega telefona kandidata. Podatek je opredeljen kot obvezen z namenom omogočiti pravočasno komunikacijo s kandidatom v primeri ugotovljenih pomanjkljivosti soglasja, ki so takšne narave, da jih je kandidat upravičen odpraviti v s Pravidnikom o volitvah določenih rokov za odpravo pomanjkljivosti.
3. Prosimo navedite podatek o številki KZZ, ki je namenjen preverjanju pasivne volilne pravice.
4. Obvezen je lastnoročni podpis kandidata.

Številka KZZ se nahaja na kartici za zdravstveno zavarovanje, označena v rdečem okvirju.

