



Obrazec 1A (samokandidatura)

SPLOŠNE VOLITVE V SKUPŠČINO
ZASTOPNIKOV ČLANOV VZAJEMNE 2017

VOLILNI PREDLOG

III. starostnega razreda

- člani Vzajemne, rojeni od vključno 26. 9. 1958 do vključno 15. 7. 1969;

Predlagatelj in kandidat - samokandidatura

Podpisani* _____,
(ime in priimek)

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

(kraj, ulica, hišna št.)

številka mobilnega telefona** _____

elektronska pošta** _____

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

izobrazba* _____

* obvezen podatek

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

*** podatek je namenjen preverjanju članstva v Vzajemni oziroma pasivne volilne pravice

izjavljam,

da kandidiram za zastopnika članov v skupščini Vzajemne zdravstvene zavarovalnice, d. v. z., v
III. starostnem razredu.

V _____, dne* _____ 2017.

Podpis* _____


Obrazec 1A (samokandidatura)
■ NAVODILO ZA IZPOLNJEVANJE VOLILNEGA PREDLOGA:

1. Predlagatelj (ki je hkrati kandidat, velja tudi v nadaljevanju), je lahko samo član Vzajemne, ki je rojen od vključno 26. 9. 1958 do vključno 15. 7. 1969 (III. starostni razred). Predlagatelj in kandidat je lahko poslovno sposobna fizična oseba, ki je na dan 31. 12. 2016 član Vzajemne, ob tem pa izpolnjuje dodatni pogoj, in sicer da je na dan 31. 12. 2016 član Vzajemne že najmanj eno leto.
2. Posamezni predlagatelj lahko samo enkrat predloži volilni predlog. Kot kandidat pa posamezni član Vzajemne lahko nastopa na več volilnih predlogih.
3. Prosimo za podatke o elektronski pošti in številki mobilnega telefona predlagatelja. Podatek je opredeljen kot obvezen z namenom omogočiti hitro (pravočasno) komunikacijo s predlagateljem volilnega predloga zaradi pravočasne izvedbe posameznih volilnih opravil.
4. Opredeljeni volilni predlog velja tudi kot soglasje h kandidaturi, zato posebnega soglasja za predlagatelja kot kandidata ni več potrebno priložiti.
5. Obvezen je lastnoročni podpis predlagatelja.

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

