

**POTVRDA**  
(u svrhu kupovine roba i usluga OPTIKE KRALJEVIĆ)

Naziv sindikata:

Naziv tvrtke/ustanove poslodavca:

Mjesto i adresa:

**PODATCI O DJELATNIKU-ICI (popunjavanje poslodavac):**

Ime i prezime: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_

Iznos za koji se djelatnik-ica može zadužiti kod Optike Kraljević: \_\_\_\_\_

Ovjera - Datum, žig i potpis

Potpis djelatnik-ice:

**IZJAVA O OBUSTAVI OD PLAĆE ILI NAKNADE PLAĆE ZA VRIJEME BOLOVANJA**  
(ispunjavanje Optika Kraljević):

1. Dioptrijske naočale    VRIJEDNOST \_\_\_\_\_ KN.    BR. MJESEČNIH OBROKA: \_\_\_\_\_

2. Sunčane naočale    VRIJEDNOST \_\_\_\_\_ KN.    BR. MJESEČNIH OBROKA: \_\_\_\_\_

3. Kontaktne leće    VRIJEDNOST \_\_\_\_\_ KN .    BR. MJESEČNIH OBROKA: \_\_\_\_\_

Izjavljujem da se od moje plaće ili naknade plaće za vrijeme bolovanja, koju primam od tvrtke/ustanove svakog mjeseca, počevši od sljedećeg mjeseca, u sljedećih \_\_\_\_\_ mjeseci, dostavlja na ime obročne otplate iznos troškova za preuzetu robu i usluge na žiro-račun Optike Kraljević (prema ugovoru) dok se ne isplati cjelokupni iznos. U slučaju dugotrajnog bolovanja (više od 42 dana) ili odlaska iz tvrtke, obvezujem se da ću samostalno plaćati preostale neplaćene obroke Optici Kraljević. Izjavu potvrđujem vlastoručnim potpisom.

\_\_\_\_\_  
Za Optiku Kraljević (potpis i M. P.)

\_\_\_\_\_  
Potpis djelatnika-ice

Ova se potvrda izdaje u svrhu ostvarivanja popusta i reguliranja obročne otplate administrativnom zabranom na plaći, sukladno Ugovoru, na prodajnim mjestima Optike Kraljević i u druge se svrhe na može koristiti.