

PRISTOPNA IZJAVA ZA VČLANITEV V SOP

Priimek in ime _____

Datum rojstva _____

Telefonska št. _____

Št. police _____

V skladu s točko 2.2. statuta SOP, kot zavarovanec AVRIO zavarovalnice, želim postati član SOP. Članstvo v SOP vam omogoča sodelovanje pri upravljanju SOP. Člani volijo in so lahko izvoljeni v organe skupščine.

V / Na _____, dne _____

(podpis)