

## IZJAVA

Podpisani/a \_\_\_\_\_ izjavljam, da sem v času izplačila prejemkov, ki jih prejemam kot član/ica nadzornega sveta družbe \_\_\_\_\_ in/ali njegove komisije:

- zavarovan/a s polnim delovnim časom,
- upokojenec/ka,
- zavarovan/a s krajšim delovnim časom oziroma nisem vključen/a v zavarovanje

*(ustrezno obkrožite)*

ter se hkrati zavezujem družbi \_\_\_\_\_ nemudoma sporočiti vsako spremembo podatkov, ki bi bila podlaga za spremembo obračuna in izplačila prejemkov.

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

Podpis: \_\_\_\_\_