***Za otroke članov in otroke zaposlenih delavcev pri članih organiziramo***

***gledališko predstavo in prihod dedka Mraza***

***Letošnja prireditev bo potekala v zeleni dvorani Obrtniškega doma.***

*Člane zbornice in zaposlene pri članih, ki imate otroke rojene po 1. januarju 2008*

*(starost* ***do 7 let)*** *in nam še niste sporočili* ***podatke vaših otrok,*** *prosimo, da nam na naš naslov*

*do* ***30. oktobra 2014*** *vrnete izpolnjen spodnji obrazec.*

*Otrok, za katere ne bomo prejeli izpolnjenega obrazca, ne bomo mogli upoštevati pri obdaritvi.* ***Za otroke članov zbornice s poravnano članarino, je gledališka predstava in izročitev darila s strani dedka mraza brezplačna.***

***Člani in zaposleni pri članih krijejo strošek darila, ki znaša 15,00 EUR+DDV.***

***Ne bo odveč, če tudi ostali preverite ali je vaš otrok že vpisan v naši evidenci!***

***Za informacije nas pokličite na tel. 05/613-90-13.***

-------------------✂-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**NOVOLETNA OBDARITEV OTROK**

Priimek in ime člana ali zaposlenega pri članu (očeta ali matere):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naziv s.p.-ja ali gospodarske družbe ( d.o.o., d.n.o., d.d. …)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naslov:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kontaktni podatki; GSM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-pošta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ime in priimek otroka**  (dopišite tudi naslov na katerega mu pošljemo vabilo) | **Datum rojstva** | **Spol** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

DATUM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PODPIS\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------✂----------------------------------------------------------------------------------------------------------

(izpolnjen obrazec vrnite na naslov OOZ Koper, Staničev trg 1,6000 Koper, fax.:627-19-17, e-mail: andreja.kozlovic@ozs.si)