



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Vinogradska cesta 29 ■ 10 000 Zagreb ■ P.P. 263 ■ Tel: +385 14 667990 ■ Fax: +385 14 667990 ■ E-mail: hkzr@hkzr.hr ■ URL: www.hkzr.hr ■ OIB: 06195840134

Na temelju članka 10. Statuta Hrvatske komore zdravstvenih radnika i članka 2. Pravilnika o registru članova Hrvatske komore zdravstvenih radnika:

IZJAVA

Ja _____ (ime i prezime)

iz _____ (mjesto), _____ (adresa),

svojim potpisom na ovoj izjavi dajem izričitu **suglasnost** svojem poslodavcu

_____ (naziv i sjedište)

da prilikom svakog mjesečnog obračuna moje plaće obračuna i isplati članarinu Hrvatskoj komori zdravstvenih radnika, Zagreb, u iznosu od 0,8 % netto plaće, na poslovni žiro-račun Strukovnog razreda broj (zaokružite broj poslovnog žiro-računa djelatnosti kojoj pripadate):

a	2340009-1510431426	Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost
b	2340009-1510431346	Strukovni razred za djelatnost sanitarnog inženjerstva
c	2340009-1510431395	Strukovni razred za zdravstvenu radiološko-tehnološku djelatnost
d	2340009-1510431400	Strukovni razred za djelatnost radne terapije

Vlastoručni potpis

U _____, _____ (mjesto i datum)

Zaposleni zdravstveni radnici original ove izjave predaju svom poslodavcu, a njezinu presliku dostavljaju Komori uz
Zahtjev za ućlanjenje