



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Vinogradska cesta 29 10 000 Zagreb Tel: +385 1 3787906 Fax: +385 1 3787244 E-mail: hkzr@hkzr.hr URL: www.hkzr.hr OIB: 06195840134

ZAHTJEV ZA MIROVANJEM ČLANSTVA U HRVATSKOJ KOMORI ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Ime:	
Prezime:	
Članski broj:	

Podaci o zaposlenju:				
Naziv ustanove				
Ulica i broj				
Mjesto			Poštanski broj	
Djelatnost koju obavljate	<input type="checkbox"/> Djelatnost sanitarnog inženjerstva	<input type="checkbox"/> Djelatnost zdravstveno-radiološke tehnologije	<input type="checkbox"/> Djelatnost radne terapije	<input type="checkbox"/> Medicinsko-laboratorijska djelatnost

Molim da mi se odobri zahtjev za mirovanjem članstva u Hrvatskoj komori zdravstvenih radnika sa svrhom (označite sa x):
<input type="checkbox"/> Ogdode skupljanja bodova
<input type="checkbox"/> Oslobađanja plaćanja članarine

Razlog predaje zahtjeva za mirovanjem članstva u Hrvatskoj komori zdravstvenih radnika (označite sa x):	
<input type="checkbox"/> Bolovanje u trajanju dužem od 42 dana	<input type="checkbox"/> Porodiljni dopust
<input type="checkbox"/> Služenje vojne obveze	<input type="checkbox"/> Nezaposlen
<input type="checkbox"/> Ostalo (navesti)	

Vremenski period mirovanja članstva u Hrvatskoj komori zdravstvenih radnika			
Datum početka mirovanja			
	Dan	Mjesec	Godina
Datum završetka mirovanja			
	Dan	Mjesec	Godina

U _____, dana _____ . _____
Potpis

*Potpis odgovorne osobe

M.P.

*Obrazac treba potpisati odgovorna osoba ustanove u kojoj je podnositelj zahtjeva zaposlen. Za nezaposlene osobe potreban je potpis i pečat odgovorne osobe (Zavod za zapošljavanje). Potpisani i pečatom ovjereni obrazac dostavlja se u ured Hrvatske komore zdravstvenih radnika.