



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 IBAN Strukovnog razreda broj
(zaokružite broj IBAN-a djelatnosti kojoj pripadate):

a	HR7223400091510431426	Strukovni razred za medicinsko-laboratorijsku djelatnost
b	HR9823400091510431346	Strukovni razred za djelatnost sanitarnog inženjerstva
c	HR3623400091510431395	Strukovni razred za zdravstvenu radiološko-tehnološku djelatnost
d	HR9523400091510431400	Strukovni razred za djelatnost radne terapije

Vlastoručni potpis

U _____, _____ (mjesto i datum)

Zaposleni zdravstveni radnici original ove izjave predaju svom poslodavcu, a njezinu presliku ovjerenu pečatom i potpisom poslodavca dostavljaju Komori uz Zahtjev za ućlanjenje