



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb ◊ Fax: +385 1 7980 350 ◊ E-mail: hkzr@hkzr.hr ◊ URL: www.hkzr.hr ◊ OIB: 06195840134

Na temelju članka 10. Statuta Hrvatske komore zdravstvenih radnika, članka 17. Pravilnika o registru članova, članka 9. stavak 2., točka 7. Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licenca) Hrvatske komore zdravstvenih radnika dajem slijedeću:

IZJAVU

Ja

iz

,

svojim potpisom na ovoj izjavi dajem izričitu suglasnost svojem poslodavcu

da prilikom svakog mjesečnog obračuna moje plaće obračuna i isplati članarinu Hrvatskoj komori zdravstvenih radnika, u iznosu od:

a) 0,8 % netto plaće, tj.

b) 40 kn (samo u slučaju ukoliko je minimalni iznos članarine izračunat po točki a) manji od 40 kn), na IBAN Strukovnog razreda broj:

(potpis)

U

M.P
(ustanova zaposlenja)

Napomena:

Zaposleni zdravstveni radnici original ove izjave predaju svom poslodavcu, a njezinu presliku ovjerenu pečatom i potpisom poslodavca dostavljaju HKZR uz zahtjev za izdavanje odobrenja za samostalan rad (licence)