



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

Temeljem članka 5. stavka 5. Pravilnika o registru članova HKZR-a dostavljam slijedeću:

IZJAVU

kojom ja (ime i prezime): _____
(adresa: _____,
oib: _____, članski broj: _____,
potvrđujem status nezaposlene osobe.

Izjava se dostavlja svaka tri mjeseca od dana stjecanja prava na mirovanje članstva u HKZR.

U _____, _____, godine

(potpis)

Prilog:

- Dokaz od nadležnih državnih tijela o nezaposlenosti