

**Na temelju članka 10. Statuta Hrvatske komore zdravstvenih radnika, članka 15. stavka 2. Pravilnika o Registru članova Hrvatske komore zdravstvenih radnika, članka 9. stavka 2. točke 7. Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad (licenca) Hrvatske komore zdravstvenih radnika dajem slijedeću:**

I Z J A V U

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:

1. 0,8 % netto plaće, tj.

b) 5,31 EUR (samo u slučaju ukoliko je minimalni iznos članarine izračunat po točki a) manji

od 5,31 EUR) na IBAN Strukovnog razreda broj:

(potpis)

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)