



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 15. st. 2. 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 sljedeću:

IZJAVA / suglasnost za plaćanje članarine za članstvo u HKZR-u SR DSI

Ja _____

(ime i prezime)

iz _____

(mjesto i adresa)

OIB:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

svojem potpisom na ovoj izjavi dajem **izričitu suglasnost** svojem poslodavcu

(naziv i sjedište poslodavca)

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

- a) **7,96 EUR (60,00 kn) mjesečno za sanitarne tehničare,**
- b) **10,62 EUR (80,00 kn) mjesečno za sveučilišne prvostupnike sanitarnog inženjerstva i stručne prvostupnike sanitarnog inženjerstva,**
- c) **13,27 EUR (100,00 kn) mjesečno za magistre sanitarnog inženjerstva i diplomirane sanitarne inženjere**

na IBAN HKZR-a Strukovnog razreda za djelatnost sanitarnog inženjerstva

IBAN	HR 98 2340009 1510431346
model	00
poziv na broj odobrenja:	OIB člana
opis plaćanja:	razdoblje za koje se uplaćuje

U _____

(mjesto i datum)

vlastoručni potpis

potpis odgovorne osobe

M.P.

Napomena: Zaposleni zdravstveni radnici izvornik ove izjave predaju svom poslodavcu, a njezinu presliku ovjerenu pečatom i potpisom poslodavca dostavljaju HKZR-u SR DSI uz zahtjev za izdavanje odobrenja za samostalan rad (licence)