



HRVATSKA KOMORA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

P.P. 191, 10 000 Zagreb • Fax: +385 1 7980 350 • E mail: hkzrh@hkzrh.hr • URL: www.hkzrh.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 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) **60,00 (šezdeset) kuna mjesečno za sanitarne tehničare,**
- b) **80,00 (osamdeset) kuna mjesečno za sveučilišne prvostupnike sanitarnog inženjerstva, te stručne prvostupnike sanitarnog inženjerstva,**
- c) **100,00 (sto) kuna mjesečno za magistre sanitarnog inženjerstva, te 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

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 (licenca)