

ZAHTEJ ZA MIROVANJE ČLANSTVA U HRVATSKOJ KOMORI MEDICINSKIH SESTARA

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA

IME:	
PREZIME:	
EVIDENCIJSKI BROJ:	
OIB:	

PODACI O ZAPOSLENJU:

NAZIV USTANOVE:	
ULICA I KBR:	
PBR I MJESTO:	

MOLIM DA MI SE ODOBRI ZAHTEJ ZA MIROVANJE ČLANSTVA U HKMS SA SVRHOM:

<input type="checkbox"/> ODGODE SKUPLJANJA BODOVA	
<input type="checkbox"/> OSLOBAĐANJA PLAĆANJA ČLANARINE	

Odgovarajuće označiti s X

RAZLOG PREDAJE ZAHTEJA ZA MIROVANJE ČLANSTVA U HKMS:

<input type="checkbox"/> BOLOVANJE U TRAJANJU DULJEM OD 42 DANA	<input type="checkbox"/> PORODILJNI DOPUST
<input type="checkbox"/> SLUŽENJE VOJNE OBVEZE	<input type="checkbox"/> NEZAPOSLEN/A
<input type="checkbox"/> OSTALO (navesti):	

Odgovarajuće označiti s X

DATUM POČETKA MIROVANJA ČLANSTVA U HKMS:

DATUM POČETKA MIROVANJA:								
	DAN	MJESEC	GODINA					

U _____, dana _____, Potpis _____

Potpis glavne sestre, odgovorne osobe ili poslodavca:	
	M.P.

Obrazac treba potpisati glavna sestra, odgovorna osoba ili poslodavac u ustanovi u kojoj je tražitelj zaposlen. Za nezaposlene osobe potrebna je ovjera Zavoda za zapošljavanje ili preslika prijave na Zavod za zapošljavanje, ili preslika Radne knjižice. Potpisani i ovjereni obrazac dostavlja se u ured Hrvatske komore medicinskih sestara, Zagreb, Maksimirska 111/2.

*Suglasna/suglasan sam za prikupljanje i daljnju obradu ovog podatka u svrhu povezivanja podataka u Registru HKMS.