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 sljedeću:

**IZJAVA / suglasnost za plaćanje članarine za članstvo u HKZR-u SR DRT**

Ja \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ime i prezime)

iz \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(mjesto i adresa)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

OIB:

svojim 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 DRT, u iznosu od **10 EUR-a mjesečno**

na IBAN HKZR-a Strukovnog razreda za djelatnost radne terapije

IBAN HR9523400091510431400

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 DRT uz zahtjev za izdavanje odobrenja za samostalan rad (licence)