

IME:																															
PREZIME:																															
ADRESA STANA:																															
ULICA:																					KBR:										
MJESTO:																															
PODACI O ZAPOSLENJU:																															
NAZIV USTANOVE:																															
ULICA:																					KBR:										
MJESTO:																															

IZJAVA

Izjavljujem da ću članarinu za članstvo u Hrvatskoj komori medicinskih sestara plaćati putem obračuna plaće te sam suglasan/na da mi se iznos članarine odbije od mjesečne plaće, a sve prema važećoj Odluci o članarini Hrvatske komore medicinskih sestara na broj računa: 2484008 – 1101957224 s pozivom na broj 302 – datum rođenja sestre ili evidencijski broj sestre, a u opisu ime i prezime sestre.

potpis