**ZAHTJEV ZA MIROVANJE ČLANSTVA**

**BODOVI**

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 ZAHTJEV ZA MIROVANJE ČLANSTVA U HKMS SA SVRHOM:**

|  |
| --- |
| OSLOBAĐANJE OD OBVEZE SKUPLJANJA BODOVA |

**RAZLOG PREDAJE ZAHTJEVA ZA MIROVANJE ČLANSTVA U HKMS:**

|  |  |
| --- | --- |
| RAD IZVAN RH | BOLOVANJE DUŽE OD 42 DANA |
| KOMPLIKACIJE U TRUDNOĆI | RODILJNI DOPUST |
| RODITELJSKI DOPUST |  |

*Odgovarajuće označiti s X*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.

Ukoliko medicinska sestra nije u mogućnosti dobiti potpis prethodno navedenih osoba, kao dokaz priložit će neki drugi dokument kojim dokazuje okolnost radi koje traži mirovanje. Potpisani i/ili ovjereni obrazac s dokazima dostavlja se u ured Hrvatske komore medicinskih sestara, Zagreb, Maksimirska 111/2.

\*Ispunjavanjem i potpisivanjem ovog Zahtjeva dajem svoju suglasnost za prikupljanje i daljnju obradu podataka u obrascu u svrhu povezivanja podataka u Registru HKMS.