**ZAHTJEV ZA MIROVANJE ČLANSTVA**

**ČLANARINA**

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:**

|  |
| --- |
| OSLOBAĐANJA PLAĆANJA ČLANARINE |

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

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

*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. Za nezaposlene osobe potrebna je ovjera Hrvatskog zavoda za zapošljavanje ili preslika prijave na Hrvatski zavod za zapošljavanje, ili preslika potvrde Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje. 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.