

## IZJAVA POSLODAVCU

IME:	<input type="text"/>																											
PREZIME:	<input type="text"/>																											
ADRESA STANA:																												
ULICA:	<input type="text"/>																		KBR:	<input type="text"/>								
MJESTO:	<input type="text"/>																											

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 visini upisnine i članarine Hrvatske komore medicinskih sestara na broj računa HR8024840081101957224 s pozivom na broj 302 – moj OIB, a u opisu plaćanja moje ime i prezime

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(mjesto) (datum)

\_\_\_\_\_  
(potpis)