

**ZAHTEJEV 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 ZAHTEJEV ZA MIROVANJE ČLANSTVA U HKMS SA SVRHOM:**

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

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

<input type="checkbox"/> RAD IZVAN RH	<input type="checkbox"/> NEZAPOSLENOST
<input type="checkbox"/> BOLOVANJE DUŽE OD 42 DANA	<input type="checkbox"/> RODILJNI DOPUST
<input type="checkbox"/> RODITELJSKI DOPUST	<input type="checkbox"/> KOMPLIKACIJE U TRUDNOĆI
<input type="checkbox"/> 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 Zahtejeva dajem svoju suglasnost za prikupljanje i daljnju obradu podataka u obrascu u svrhu povezivanja podataka u Registru HKMS.