

ZAHTEJEV ZA MIROVANJE ČLANSTVA BODOVI

MOLIMO ISPUNITI ČITKO VELIKIM SLOVIMA

IME:	
PREZIME:	
EVIDENCIJSKI BROJ:	
OIB:	
TELEFON/MOBITEL:	

PODACI O ZAPOSLENJU:

NAZIV USTANOVE:	
ULICA I KBR:	
PBR I MJESTO:	

MOLIM DA MI SE ODOBRI ZAHTEJEV ZA MIROVANJE ČLANSTVA U HKMS SA SVRHOM:

OSLOBAĐANJE OD OBVEZE SKUPLJANJA BODOVA

RAZLOG PREDAJE ZAHTEJEVA ZA MIROVANJE ČLANSTVA U HKMS:

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