

ZAHTEJEV ZA MIROVANJE ČLANSTVA ČLANARINA

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:

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

**UZ ZAHTEJEV ZA MIROVANJE POTREBNO JE OBVEZNO DOSTAVITI DOKAZ O
ČINJENICI RADI KOJE SE TRAŽI MIROVANJE**

DATUM POČETKA MIROVANJA:							
	DAN		MJESEC		GODINA		

U _____, dana _____, Potpis _____

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