

КОМОРА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА СРБИЈЕ

ЗАХТЕВ ЗА УЧЛАЊЕЊЕ У КОМОРУ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА СРБИЈЕ

ЈМБГ	<input type="text"/>																												
ИМЕ	<input type="text"/>																												
ПРЕЗИМЕ	<input type="text"/>																												
ДЕВОЈАЧКО ПРЕЗИМЕ	<input type="text"/>																												
ДАТУМ РОЂЕЊА	<input type="text"/>						МЕСТО РОЂЕЊА	<input type="text"/>																					
ИМЕ ОЦА	<input type="text"/>												ИМЕ МАЈКЕ	<input type="text"/>															
ДРЖАВЉАНСТВО	<input type="text"/>												ПОЛ	<input type="checkbox"/>	(УПИСАТИ М ИЛИ Ж)														
АДРЕСА СТАНА																													
УЛИЦА	<input type="text"/>																								БРОЈ	<input type="text"/>			
ОПШТИНА	<input type="text"/>																												
МЕСТО	<input type="text"/>																												
ТЕЛЕФОН	<input type="text"/>						МОБ.ТЕЛЕФОН	<input type="text"/>						ФАКС	<input type="text"/>														
Е-МАИЛ	<input type="text"/>																												
ПОДАЦИ О ЗАПОСЛЕЊУ																													
НАЗИВ УСТАНОВЕ	<input type="text"/>																												
УЛИЦА	<input type="text"/>																								БРОЈ	<input type="text"/>			
МЕСТО	<input type="text"/>												Е-МАИЛ	<input type="text"/>															
ТЕЛЕФОН	<input type="text"/>						МОБ.ТЕЛЕФОН	<input type="text"/>						ФАКС	<input type="text"/>														
ДА ЛИ СТЕ ВЛАСНИК ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ? ДА НЕ (ЗАОКРУЖИТИ)																													
ПОЧЕТАК РАДНОГ ОДНОСА ОД <input type="text"/> ДО <input type="text"/>																													
ПОДАЦИ О ШКОЛОВАЊУ																													
СТРУЧНА СПРЕМА	<input type="text"/>																												
ПРОФИЛ	<input type="text"/>																												
ОДСЕК	<input type="text"/>																												
УЖА СПЕЦИЈАЛНОСТ	<input type="text"/>																												
ДЕЛОВОДНИ БРОЈ ДИПЛОМЕ	<input type="text"/>						НАЗИВ ШКОЛЕ, МЕСТО	<input type="text"/>																					
БРОЈ УВЕРЕЊА О ПОЛОЖЕНОМ СТРУЧНОМ ИСПИТУ	<input type="text"/>																												
ДАТУМ УВЕРЕЊА	<input type="text"/>						МЕСТО ПОЛАГАЊА	<input type="text"/>																					
ЕДУКАЦИЈА ЗА КОНТРОЛУ КВАЛИТЕТА ДА НЕ (ЗАОКРУЖИТИ)																													
ДРУГЕ ВРСТЕ УСАВРШАВАЊА _____																													
ОБАВЕЗАН ЧЛАН КОМОРЕ <input type="checkbox"/> ДОБРОВОЉАН ЧЛАН КОМОРЕ <input type="checkbox"/> (ОЗНАЧИТИ СА X)																													
ЧЛАНСТВО У ДОМАЋИМ И ИНОСТРАНИМ УДРУЖЕЊИМА _____																													

НАПОМЕНА: ЧЛАН КОМОРЕ ЈЕ САМО ОНО ЛИЦЕ КОЈЕ РЕДОВНО ИЗМИРУЈЕ ЧЛАНАРИНУ

ПРИЛОГ ДОКУМЕНАТА: КОПИЈА ИЗВОДА ИЗ МАТИЧНЕ КЊИГЕ РОЂЕНИХ, КОПИЈА УВЕРЕЊА О ДРЖАВЉАНСТВУ, ОВЕРЕНА КОПИЈА ДИПЛОМЕ О ЗАВРШЕНОЈ МЕДИЦИНСКОЈ ШКОЛИ, ОВЕРЕНА КОПИЈА УВЕРЕЊА О ПОЛОЖЕНОМ СТРУЧНОМ ИСПИТУ И ОРИГИНАЛ ПОТВРДА О РАДНОМ ОДНОСУ

ИЗЈАВА

Ја, _____, изјављујем да сам сагласан/на да ми
(име и презиме)

обрачунска служба установе _____ једном
(назив здравствене установе)

месечно, приликом обрачуна зараде, обуставља 0,6% од нето износа месечне зараде, на име чланарине за медицинске сестре и здравствене техничаре, сагласно Одлуци о висини чланарине за чланове Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије („Службени гласник РС“, бр. 3/2012) и да тај износ уплати на текући рачун број: 205-122121-94 КМСЗТС, Огранак Косово и Метохија, са позивом на број: _____, за кога се уплаћује чланарина.

(ЈМБГ члана Коморе)

Изјаву дао/дала

(својеручни потпис)

ИЗЈАВА

Изјављујем да сам обавештен/а и сагласан/а да мојим подацима руководе запослени у Комори медицинских сестара и здравствених техничара Србије током мог чланства, да моје личне податке Комора обрађује у складу са важећим Законом о заштити података о личности и да се моји подаци чувају у Комори након брисања из чланства, у периоду од највише 10 година.

Изјаву дао/дала

(својеручни потпис)

ИЗЈАВА

Изјављујем да поседујем _____ лиценце за рад које ми је издала Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије и да сам од стране стручне службе упознат/а да за све лиценце које поседујем морам испунити услове за обнављање сагласно члану 8. Правилника о ближним условима за издавање, обнављање и одузимање лиценце члановима комора здравствених радника.

У _____, дана _____ 2020. године

Изјаву дао/дала

(својеручни потпис)