

КОМОРА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА СРБИЈЕ

ЗАХТЕВ ЗА УЧЛАЊЕЊЕ У КОМОРУ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА СРБИЈЕ

ЈМБГ
ИМЕ
ПРЕЗИМЕ
ДЕВОЈАЧКО ПРЕЗИМЕ
ДАТУМ РОЂЕЊА **МЕСТО РОЂЕЊА**
ИМЕ ОЦА **ИМЕ МАЈКЕ**
ДРЖАВЉАНСТВО **ПОЛ** (УПИСАТИ М ИЛИ Ж)
АДРЕСА СТАНА
УЛИЦА **БРОЈ**
ОПШТИНА
МЕСТО
ТЕЛЕФОН **МОБ.ТЕЛЕФОН** **ФАКС**
Е-МАИЛ

ПОДАЦИ О ЗАПОСЛЕЊУ

НАЗИВ УСТАНОВЕ
УЛИЦА **БРОЈ**
МЕСТО **Е-МАИЛ**
ТЕЛЕФОН **МОБ.ТЕЛЕФОН** **ФАКС**

ДА ЛИ СТЕ ВЛАСНИК ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ? ДА НЕ (ЗАОКРУЖИТИ)

ПОЧЕТАК РАДНОГ ОДНОСА ОД ДО

ПОДАЦИ О ШКОЛОВАЊУ

СТРУЧНА СПРЕМА
ПРОФИЛ
ОДСЕК
УЖА СПЕЦИЈАЛНОСТ
ДЕЛОВОДНИ БРОЈ ДИПЛОМЕ **НАЗИВ ШКОЛЕ, МЕСТО**
БРОЈ УВЕРЕЊА О ПОЛОЖЕНОМ СТРУЧНОМ ИСПИТУ
ДАТУМ УВЕРЕЊА **МЕСТО ПОЛАГАЊА**
ЕДУКАЦИЈА ЗА КОНТРОЛУ КВАЛИТЕТА ДА НЕ (ЗАОКРУЖИТИ)

ДРУГЕ ВРСТЕ УСАВРШАВАЊА _____
 ОБАВЕЗАН ЧЛАН КОМОРЕ ДОБРОВОЉАН ЧЛАН КОМОРЕ (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: 105-20372-23 КМСЗТС, Огранак Ниш, 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 ближим условима за издавање, обнављање и одузимање лиценце члановима комора здравствених радника.

У Нишу, дана _____ 2020. године

Изјаву дао/дала

(својеручни потпис)