



## ИЗЈАВА

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

обрачуна 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: 325-9500600019415-05 КМСЗТС, Огранак Ужице, 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 Ужицу, дана \_\_\_\_\_ 2020. године

Изјаву дао/дала

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)