

# 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)														
<b>АДРЕСА СТАНА</b>																													
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"/>																												
<b>ПОДАЦИ О ЗАПОСЛЕЊУ</b>																													
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"/>																													
<b>ПОДАЦИ О ШКОЛОВАЊУ</b>																													
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 здравствених техничара, 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: 160-931415-13 КМСЗТС, Огранак Војводина, 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 Новом Саду, дана \_\_\_\_\_ 2020. године

Изјаву дао/дала

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)