

Република Србија

Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије

<https://www.kmszts.org.rs>

**ЗАХТЕВ
ЗА УПИС У ИМЕНИК КОМОРЕ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И
ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА СРБИЈЕ**

Основни подаци о подносиоцу захтева	
Име и презиме	
Девојачко презиме	
Пребивалиште	
Контакт телефон	
Матични број	
Адреса електронске поште	
Адреса за пријем писмена (уколико се разликује од пребивалишта)	

ОСТАЛЕ ИНФОРМАЦИЈЕ ПОТРЕБНЕ ЗА РЕШАВАЊЕ ПОСТУПКА			
Професионални статус (заокружити)			
<input type="checkbox"/> Запослен у државној установи	<input type="checkbox"/> Запослен у приватној пракси	<input type="checkbox"/> Незапослен	
Назив, адреса државне установе/приватне праксе у којој се обавља здравствена делатност	Телефон:		ПИБ:
	Мејл:		Матични број:
	Подаци о едукацији		
Стручна спрема			
Профил			
Врста чланства	<input type="checkbox"/> обавезан члан	<input type="checkbox"/> добровољан члан	<input type="checkbox"/> приправник

У прилогу захтева, достављам следећу документацију (документа под редним бројевима 2, 5, 6, орган прибавља по службеној дужности, уз изјаву подносиоца захтева):

1. Очитана лична карта;
2. Извод из матичне књиге рођених са холограмом;
3. Диплома или уверење о стеченом стручном образовању и звању из научне области медицинске науке (документ се подноси у овереној копији);
4. Уверење или потврда о положеном стручном испиту, издато од стране Министарства здравља Републике Србије (документ се подноси у овереној копији);
5. Потврда о запослењу - подноси здравствени радник који је запослен (документ се подноси у оригиналу или овереној копији);
6. Уверење о незапослености, издато од стране Националне службе за запошљавање - подносе само незапослена лица (документ се подноси у оригиналу или овереној копији);
7. Извод о подацима уписаним у Агенцији за привредне регистре – подноси здравствени радник власник приватне праксе или приватне амбуланте/ординације (документ се подноси у оригиналу или овереној копији);
8. Потврда о обављању приправничког стажа, издата од стране здравствене установе, односно приватне праксе – подносе само лица која се уписују у именика приправника Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије (документ се подноси у оригиналу или копији);
9. Доказ о извршеној уплати накнаде за упис у именик чланова Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије (документ се подноси у оригиналу или копији).

Изјава подносиоца захтева у вези прибављања података по службеној дужности

Сагласан/на сам да орган за потребе поступка може да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, који су неопходни у поступку одлучивања, сходно члану 103. став 3. Закона о општем управном поступку (одабрати један од понуђених одговора):

- ДА
 НЕ

Иако је орган обавезан да изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција, изјављујем да ћу сам/а за потребе поступка прибавити документа под редним бројевима 2, 5, 6, (у наставку навести редне бројеве документа које ће подносилац прибавити сам):

Како би орган прибавио податке по службеној дужности, достављам следеће информације (попуњава се искључиво ако подносилац даје сагласност да орган изврши увид, прибави и обради личне и остале податке о чињеницама о којима се води службена евиденција):

ЈЕДИНСТВЕНИ МАТИЧНИ БРОЈ ГРАЂАНА (ЈМБГ)

Упознат/а сам да, уколико наведене податке и документа, неопходна за одлучивање органа, не поднесем у року од најмање 8 дана, захтев за покретање поступка ће се сматрати неуредним и решењем ће се одбацити.

У _____, дана _____

Потпис подносиоца захтева

ИНФОРМАЦИЈА ЗА ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Рок за подношење захтева	Даном започињања приправничког стажа/даном почињања обављања здравствене делатности
Рок за решавање захтева	15 дана од дана подношења захтева

Потребно је уплатити следећи издатак:

Финансијски издаци		
Накнада за упис у именик чланова КМСЗТС	Износ издатака	500,00 РСД
	Сврха уплате	Упис у Именик чланова КМСЗТС
	Назив и адреса примаоца	Надлежан огранак КМСЗТС ¹
	Број рачуна	Број рачуна надлежног огранка КМСЗТС ²
	Позив на број	ЈМБГ

Изјава 1: Изјава подносиоца захтева у вези са плаћањем чланарине

Изјављујем да сам сагласан/а да ми обрачунска служба почев од дана _____ године, на име чланарине у Комори медицинских сестара и здравствених техничара Србије одбија једном месечно прописану чланарину која од 2012. године износи 0,6% од нето зараде.

Изјаву дао/дала _____ (својеручни потпис)

Изјава 2: Изјава подносиоца захтева у вези са обрадом личних података

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)

¹ КМСЗТС, Огранак Београд, Теразије 27/II спрат, 11000 Београд;
 КМСЗТС, Огранак Војводина, Јеврејска 2/I спрат, 21000 Нови Сад;
 КМСЗТС, Огранак Ниш, Генерала Боже Јанковића 1, I спрат, стан 5, 18000 Ниш;
 КМСЗТС, Огранак Крагујевац, Даничићева бр. 51/2, 34000 Крагујевац;
 КМСЗТС, Огранак Косово и Метохија, Болнички круг ББ, 38200 Косовска Митровица;
 КМСЗТС, Огранак Ужице, Метохијска 12, 31000 Ужице

² Огранак Београд: 160-279479-10; Огранак Војводина: 160-931415-13; Огранак Ниш 105-20372-23; Огранак Крагујевац: 325-9500500401295-81; Огранак Косово и Метохија: 205-122121-94; Огранак Ужице: 325-9500600019415-05.