***Примерак за послодавца***

И З Ј А В А

Изјављујем да сам сагласан/на да ми обрачунска служба установе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

jедном месечно, приликом обрачуна зараде, одбија 0,6% од нето 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“, број 3/2012) и да тај износ уплати на текући рачун број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Огранка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, КМСЗТС, са позивом на број ЈМБГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ члана за кога се уплаћује чланарина.

Изјаву дао/дала члан КМСЗТС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године

Обавезујемо се да ћемо поступати сагласно изјави члана КМСЗТС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Име,презиме и потпис овлашћеног лица послодавца) М.П.

Исећи по линији---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

***Примерак који се враћа у огранак КМСЗТС***

И З Ј А В А

Изјављујем да сам сагласан/на да ми обрачунска служба установе\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

jедном месечно, приликом обрачуна зараде, одбија 0,6% од нето 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“, број 3/2012) и да тај износ уплати на текући рачун број \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Огранка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, КМСЗТС, са позивом на број ЈМБГ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ члана за кога се уплаћује чланарина.

Изјаву дао/дала члан КМСЗТС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ године

Обавезујемо се да ћемо поступати сагласно изјави члана КМСЗТС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Име,презиме и потпис овлашћеног лица послодавца) М.П.