

Ime i prezime

Članski broj

OIB

Datum

HRVATSKA LJEKARNIČKA KOMORA
Martićeva 27
10 000 Zagreb
putem e-maila: hlik@hlik.hr

ZAHTJEV ZA OSLOBOĐENJE OD PLAĆANJA ČLANARINE

Na temelju odredbe članka 29. stavka 5. Pravilnika o davanju, obnavljanju i oduzimanju Odobrenja za samostalan rad Hrvatske ljekarničke komore, podnosim zahtjev za oslobođenje od plaćanja članarine za godinu _____ zbog (zaokružiti):

- a) korištenja roditeljnog i roditeljskog dopusta, od _____ do _____
- b) korištenja posvojiteljskog dopusta, od _____ do _____
- c) korištenja dopusta radi skrbi i njege djeteta s težim smetnjama u razvoju, od _____ do _____
- d) teške bolesti.

U prilogu dostavljam dokaz o navedenom (zaokružiti):

- rodni list djeteta,
- rješenje HZZO-a,
- medicinska dokumentacija (u slučaju teške bolesti),
- drugo _____.

Napomena: Zahtjev se podnosi za vrijeme trajanja razloga iz točaka a) do d), a najkasnije do kraja tekuće godine u kojoj je prestao razlog iz točaka a) do d).

Magistar farmacije koji ostvaruje pravo na roditeljni dopust, roditeljski dopust ili posvojiteljski dopust može biti oslobođen plaćanja članarine za najviše 1 godinu u jednom licencnom razdoblju, a magistar farmacije koji ostvaruje pravo na dopust radi skrbi i njege djeteta s težim smetnjama u razvoju i teško bolestan magistar farmacije može biti oslobođen plaćanja članarine za najviše 3 godine u jednom licencnom razdoblju.

Potpis podnosioca zahtjeva