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

Ime i prezime

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

Članski broj

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

OIB

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

Datum

**HRVATSKA LJEKARNIČKA KOMORA**

**Martićeva 27**

**10 000 Zagreb**

putem e-maila: [hljk@hljk.hr](mailto:hljk@hljk.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*):

1. korištenja rodiljnog i roditeljskog dopusta, od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. korištenja posvojiteljskog dopusta, od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. korištenja dopusta radi skrbi i njege djeteta s težim smetnjama u razvoju, od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 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 rodiljni 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 podnositelja zahtjeva