

_____ (назив апотекарске установе/приватне праксе/другог послодавца)

МБ _____

ПИБ _____

Текући рачун број _____

Датум _____

На захтев _____ из _____ ул. _____ бр. _____,

ЈМБГ _____ потврђујемо да је исти/а запослен/а на одређено - неодређено време (непотребно прецртати), почев од _____ године и закључно са _____ године.

РЕШЕЊЕ - АДМИНИСТРАТИВНА ЗАБРАНА

На зараду _____, ставља се административна забрана за укупани годишњи износ чланарине од 4.500,00 динара, које ће се исплатити закључно са 31. октобром текуће године за ту годину, и то:

одједном

у _____ једнаких месечних рата у износу од _____ динара

у корист Фармацеутске коморе Србије, Београд, Мутапова 25, ПИБ: 100060782, МБ: 17181530, на текући рачун број 325-9500900015066-04 код Војвођанске банке ад Нови Сад, уз обавезно уписивање:

— имена и презимена члана на налогу за пренос у рубрици - сврха плаћања,

— ЈМБГ члана у рубрици - позив на број.

Чланарина доспева за наплату при првој наредној исплати зараде за месец _____ године. У случају престанка радног односа код апотекарске установе/приватне праксе/другог послодавца, уколико се чланарина плаћа на рате, сматраће се да је доспео целокупан износ чланарине према Фармацеутској комори Србије, и разлика до пуне годишње чланарине обуставиће се од последње зараде запосленог и уплатити на рачун Коморе. Апотекарска устнова/приватна пракса/други послодавац обавестиће Комору посебним писменим обавештењем о чињеници престанка важења административне забране.

Овлашћено лице код послодавца

Овлашћено лице књиговодствене агенције
(уколико је обрачун зарада ван надлежности послодавца)

Име и презиме и функција

М.П

Име и презиме и функција

М.П

Потпис

Потпис

ИЗЈАВА

Сагласан/а сам да обрачунска служба _____ од моје зараде, на име плаћања чланарине у корист Фармацеутске коморе Србије, Београд, Мутапова 25, стави административну забрану и обустави износ од 4.500,00 динара закључно са 31. октобром текуће године за ту годину, и то:

одједном

у _____ једнаких месечних рата у износу од _____ динара,

почев од прве наредне исплате зараде за месец _____, 20____ године. У случају да се од моје зараде не може извршити обустављање доспелог износа или рате за плаћање по основу административне забране без обзира на разлог немогућности уплате, обавезујем се да ћу плаћање доспеле обавезе извршити непосредно уплатом на текући рачун Коморе. Сагласан/а сам да се у случају престанка радног односа код апотекарске установе/приватне праксе/другог послодавца све рате по овом основу путем административних забрана сматрају доспелим и да се од моје последње зараде обустави целокупан износ дуговања према Фармацеутској комори Србије. Обавезујем се да ћу о престанку радног односа код _____ обавестити Комору у року од 30 дана.

Ова административна забрана се попуњава у три примерка, од којих један задржава послодавац, један члан Коморе, а трећи се доставља Фармацеутској комори Србије.

Име и презиме члана, ИД или БРОЈ ЛИЦЕНЦЕ

Потпис члана

Бр. личне карте _____

ПС _____

ЈМБГ _____