|  |
| --- |
| **Република Србија****Министарство здравља****Фармацеутска комора Србије**https://www.farmkom.rs/ |

**ЗАХТЕВ ЗА ОСЛОБАЂАЊЕ ОД ПЛАЋАЊА ЧЛАНАРИНЕ**

**/ЗАХТЕВ ЗА ПОВРАЋАЈ - ПРЕКЊИЖАВАЊЕ ЧЛАНАРИНЕ**

Подносим захтев за *(одабрати један или више од доле наведеног)*:

☐ ослобађање од плаћања чланарине за \_\_\_\_\_\_\_\_. годину

☐ повраћај чланарине на рачун бр:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ прекњижавање чланарине за наредну годину.

Име и презиме, ИД број члана

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

Место, улица и кућни број, контакт телефон и e-mail адреса

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

У прилогу захтева, достављам потребну документацију *(заокружити редни број испред документа које се доставља)*:

1. Дознаку о закљученом боловању
2. Решење о породиљском одсуству и одсуству ради неге детета
3. Решење о одсуству са рада ради посебне неге детета
4. Потврда послодавца
5. Уверење о незапослености издато од стране Националне службе за запошљавање
6. Уверење о стажу осигурања издато од стране Републичког Фонда за ПИО

☐ **Сагласност члана:**

Сагласан-на сам да ми се новчана средства у износу од \_\_\_\_\_\_\_\_ динара, уплаћена на име чланарине за \_\_\_\_\_\_\_\_. годину **прекњиже за наредну годину/врате на текући рачун**

 *(подвући жељени избор)*

бр: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код банке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

*(место и датум) (потпис члана)*

☐ **Сагласност послодавца** *(у случају када је чланарина за текућу годину уплаћена од стране послодавца):*

Послодавац \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(назив и седиште)* даје сагласност да се новчана средства у износу од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ динара, уплаћена за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(уписати име и презиме)*

на име чланарине за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. годину, **прекњиже за наредну годину/ врате на пословни рачун**

 *(подвући жељени избор)*

бр: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код банке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(место и датум) (потпис овлашћеног лица послодавца)*