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

**ЗАХТЕВ ЗА ОСЛОБАЂАЊЕ ОД ПЛАЋАЊА ЧЛАНАРИНЕ**

**Подносим захтев за:**

☐ ослобађање од плаћања чланарине за текућу годину - раздужење

☐ ослобађање од плаћања чланарине – поврат новца

☐ ослобађање од плаћања чланарине - прекњижавање

Име и презиме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИД број члана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контакт телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail адреса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У прилогу захтева, достављам потребну документацију *(заокружити број испред документа)*:

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

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

*(место и датум) (потпис члана)*

|  |
| --- |
| ☐ **Сагласност члана** *(у случају када је чланарина уплаћена од стране члана):*  Сагласан-на сам да ми се новчана средства у износу од \_\_\_\_\_\_\_\_ динара, уплаћена на име чланарине за \_\_\_\_\_\_\_\_. годину:   1. **Прекњиже на \_\_\_\_\_\_\_\_\_ годину, сврха уплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 2. **Врате на текући рачун** бр: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код банке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(место и датум) (потпис члана)* |

|  |
| --- |
| ☐ **Сагласност послодавца** *(у случају када је чланарина уплаћена од стране послодавца):*  Послодавац \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(назив и седиште)* даје сагласност да  се новчана средства у износу од \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ динара, уплаћена за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(уписати име и презиме члана Коморе)*  на име чланарине за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. годину:   1. **Прекњиже на \_\_\_\_\_\_\_\_\_ годину, сврха уплате \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 2. **Врате на пословни рачун** бр: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_код банке \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(место и датум) (потпис овлашћеног лица послодавца)* |