|  |
| --- |
| **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)* |