

---

Ime i prezime

---

Članski broj

---

OIB

---

Datum

**HRVATSKA LJEKARNIČKA KOMORA**  
**Martićeva 27**  
**10 000 Zagreb**

**Predmet: Zahtjev za oslobođenje od plaćanja članarine**

Poštovani,

na temelju odredbe članka 29. stavka 2. Pravilnika o davanju, obnavljanju i oduzimanju Odobrenja za samostalan rad Hrvatske ljekarničke komore, podnosim zahtjev za oslobođenje od plaćanja članarine za godinu \_\_\_\_\_ zbog (zaokružiti):

- a) roditeljskog dopusta,
- b) roditeljskog dopusta,
- c) posvojiteljskog dopusta,
- d) dopusta radi skrbi i njege djeteta s težim smetnjama u razvoju
- e) 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 e), a najkasnije do kraja tekuće godine u kojoj je prestao razlog iz točaka a) do e).*

---

Potpis