

Ime i prezime

Članski broj

OIB

Datum

HRVATSKA LJEKARNIČKA KOMORA
putem e-maila: hljk@hljk.hr

ZAHTJEV ZA OSLOBOĐENJE OD PLAĆANJA ČLANARINE

Na temelju odredbe članka 29. stavka 5. Pravilnika o davanju, obnavljanju i oduzimanju Odobrenja za samostalan rad Hrvatske Ljekarničke komore, podnosim zahtjev za oslobođenje od plaćanja članarine za godinu _____ zbog (*označiti*):

- ☐ korištenja roditeljnog i roditeljskog dopusta, od _____ do _____
- ☐ korištenja posvojiteljskog dopusta, od _____ do _____
- ☐ korištenja dopusta radi skrbi i njege djeteta s težim smetnjama u razvoju, od _____ do _____
- ☐ teške bolesti.

U prilogu dostavljam dokaz o navedenom (*označiti*):

- ☐ 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 d), a najkasnije do kraja tekuće godine u kojoj je prestao razlog iz točaka a) do d).

Magistar farmacije koji ostvaruje pravo na roditeljni dopust, roditeljski dopust ili posvojiteljski dopust može biti oslobođen plaćanja članarine za najviše 1 godinu u jednom licencnom razdoblju, a magistar farmacije koji ostvaruje pravo na dopust radi skrbi i njege djeteta s težim smetnjama u razvoju i teško bolestan magistar farmacije može biti oslobođen plaćanja članarine za najviše 3 godine u jednom licencnom razdoblju.

Potpis podnositelja zahtjeva