OBRAZAC

MOLBA ZA OSLOBOĐENJE OD PLAĆANJA ČLANARINE

Ime i prezime: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Članski broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mjesto stanovanja i poštanski broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ulica i broj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon / mobitel: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Molim oslobođenje od obveze plaćanja članarine za razdoblje

od \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(upisati mjesec i godinu) (upisati mjesec i godinu ukoliko je odredivo)*

iz razloga *(zaokružiti)*:

1. nezaposlenost,
2. volonterski rad u struci (bez drugog radnog odnosa),
3. stručno osposobljavanje za rad bez zasnivanja radnog odnosa,
4. bolovanje zbog komplikacija u trudnoći,
5. korištenje rodiljnog, roditeljskog ili posvojiteljskog dopusta,
6. korištenje dopusta za njegu djeteta s teškoćama u razvoju (bez rada na dio radnog vremena),
7. drugo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(upisati razlog)*

***Dostava elektroničkim putem***

Jeste li suglasni da se dostava pismena u postupku po ovom zahtjevu vrši elektroničkim putem ?

DA NE

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Potpis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prilozi *(zaokružiti)*:

* potvrda HZZ
* potvrda HZMO
* doznake
* rješenje
* drugo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_