

IME I PREZIME : _____

OIB: _____

**IZJAVA O PRIHVAĆANJU OBVEZE PLAĆANJA MJESEČNE ČLANARINE ZA
HRVATSKU KOMORU SOCIJALNIH PEDAGOGA**

primjerak za poslodavca

U skladu s člankom 22. Zakona o socijalnopedagoškoj djelatnosti (NN 98/19) i člankom 7. Statuta Hrvatske komore socijalnih pedagoga izjavljujem da prihvaćam da moj poslodavac prilikom mjesečnog obračuna plaće usteže mjesečnu članarinu za Hrvatsku komoru socijalnih pedagoga i u moje ime je uplaćuje na račun Hrvatske komore socijalnih pedagoga u Zagrebačkoj banci, broj: HR4623600001102900600 u iznosu prema Odluci o visini članarine Hrvatske komore socijalnih pedagoga koju godišnje donosi Skupština Komore, počevši od dana primitka rješenja ućlanjenja u Komoru. Iznos mjesečne članarine za 2024. godinu iznosi 8 eura mjesečno.

U _____ dana _____ Potpis

NAPOMENA: Prilikom vršenja obustave članarine kao poziv na broj navodi se **OIB osobe** za koju se vrši obustava.

Primjer:

F O D R A Z A C R A Z V I L A P O S I M - I N F O R M A T I K A	IBAN ili broj računa primatelja:		
	PRIMATELJ (naziv/ime i adresa):	Model:	Poziv na broj primatelja:
	HKSP Ulica Svetog Mateja 70/A 10000 Zagreb	00	57804479000
		Šifra namjene:	Opis plaćanja:
	WTER		
	Datum izvršenja:		