

# КОМОРА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА СРБИЈЕ

## ЗАХТЕВ ЗА УЧЛАЊЕЊЕ У КОМОРУ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТАРА И ЗДРАВСТВЕНИХ ТЕХНИЧАРА СРБИЈЕ

|  |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|----------------------|--|--|--|--|----------------------|--------------------|----------------------|--|--|--|----------------|-----------|---|----------------------|----|-----|--------------------------|-------------------|----------------------|--|--|--|----------------------|------|----------------------|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ЈМБГ   | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИМЕ  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ПРЕЗИМЕ  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ДЕВОЈАЧКО ПРЕЗИМЕ                                | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ДАТУМ РОЂЕЊА                                     | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      | МЕСТО РОЂЕЊА       | <input type="text"/> |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИМЕ ОЦА  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                | ИМЕ МАЈКЕ | <input type="text"/>                            |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ДРЖАВЉАНСТВО                                     | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    | ПОЛ | <input type="checkbox"/> | (УПИСАТИ М ИЛИ Ж) |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>АДРЕСА СТАНА</b>                              |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| УЛИЦА  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      | БРОЈ | <input type="text"/> |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ОПШТИНА  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| МЕСТО  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ТЕЛЕФОН  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      | МОБ.ТЕЛЕФОН        | <input type="text"/> |  |  |  |                |           | ФАКС  | <input type="text"/> |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Е-МАИЛ   | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ПОДАЦИ О ЗАПОСЛЕЊУ</b>                        |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| НАЗИВ УСТАНОВЕ                                   | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| УЛИЦА  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      | БРОЈ | <input type="text"/> |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| МЕСТО  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                | Е-МАИЛ    | <input type="text"/>                            |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ТЕЛЕФОН  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      | МОБ.ТЕЛЕФОН        | <input type="text"/> |  |  |  |                |           | ФАКС  | <input type="text"/> |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ДА ЛИ СТЕ ВЛАСНИК ПРИВАТНЕ ПРАКСЕ?               |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           | ДА  |                      | НЕ |     | (ЗАОКРУЖИТИ)             |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ПОЧЕТАК РАДНОГ ОДНОСА ОД                         |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           | <input type="text"/>                            |                      |    |     | ДО                       |                   | <input type="text"/> |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>ПОДАЦИ О ШКОЛОВАЊУ</b>                        |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| СТРУЧНА СПРЕМА                                   | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ПРОФИЛ   | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ОДСЕК  | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| УЖА СПЕЦИЈАЛНОСТ                                 | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ДЕЛОВОДНИ БРОЈ ДИПЛОМЕ                           | <input type="text"/> |  |  |  |  |                      | НАЗИВ ШКОЛЕ, МЕСТО | <input type="text"/> |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| БРОЈ УВЕРЕЊА О ПОЛОЖЕНОМ СТРУЧНОМ ИСПИТУ         |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           | <input type="text"/>                            |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ДАТУМ УВЕРЕЊА                                    |                      |  |  |  |  | <input type="text"/> |                    |                      |  |  |  | МЕСТО ПОЛАГАЊА |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  | <input type="text"/> |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЕДУКАЦИЈА ЗА КОНТРОЛУ КВАЛИТЕТА                  |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           | ДА  |                      | НЕ |     | (ЗАОКРУЖИТИ)             |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ДРУГЕ ВРСТЕ УСАВРШАВАЊА _____                    |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ОБАВЕЗАН ЧЛАН КОМОРЕ <input type="checkbox"/>    |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           | ДОБРОВОЉАН ЧЛАН КОМОРЕ <input type="checkbox"/> |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  | (ОЗНАЧИТИ СА X) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ЧЛАНСТВО У ДОМАЋИМ И ИНОСТРАНИМ УДРУЖЕЊИМА _____ |                      |  |  |  |  |                      |                    |                      |  |  |  |                |           |   |                      |    |     |                          |                   |                      |  |  |  |                      |      |                      |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**НАПОМЕНА: ЧЛАН КОМОРЕ ЈЕ САМО ОНО ЛИЦЕ КОЈЕ РЕДОВНО ИЗМИРУЈЕ ЧЛАНАРИНУ**

ПРИЛОГ ДОКУМЕНАТА: КОПИЈА ИЗВОДА ИЗ МАТИЧНЕ КЊИГЕ РОЂЕНИХ, КОПИЈА УВЕРЕЊА О ДРЖАВЉАНСТВУ, ОВЕРЕНА КОПИЈА ДИПЛОМЕ О ЗАВРШЕНОЈ МЕДИЦИНСКОЈ ШКОЛИ, ОВЕРЕНА КОПИЈА УВЕРЕЊА О ПОЛОЖЕНОМ СТРУЧНОМ ИСПИТУ И ОРИГИНАЛ ПОТВРДА О РАДНОМ ОДНОСУ

## ИЗЈАВА

Ја, \_\_\_\_\_, изјављујем да сам сагласан/на да ми  
(име и презиме)

обрачунска служба установе \_\_\_\_\_ једном  
(назив здравствене установе)

месечно, приликом обрачуна зараде, обуставља 0,6% од нето износа месечне зараде, на име чланарине за медицинске сестре и здравствене техничаре, сагласно Одлуци о висини чланарине за чланове Коморе медицинских сестара и здравствених техничара Србије („Службени гласник РС“, бр. 3/2012) и да тај износ уплати на текући рачун број: 150-16155-76 КМСЗТС, Огранак Крагујевац, са позивом на број: \_\_\_\_\_, за кога се уплаћује чланарина.  
(ЈМБГ члана Коморе)

Изјаву дао/дала

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

## ИЗЈАВА

Изјављујем да сам обавештен/а и сагласан/а да мојим подацима руководе запослени у Комори медицинских сестара и здравствених техничара Србије током мог чланства, да моје личне податке Комора обрађује у складу са важећим Законом о заштити података о личности и да се моји подаци чувају у Комори након брисања из чланства, у периоду од највише 10 година.

Изјаву дао/дала

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)

## ИЗЈАВА

Изјављујем да поседујем \_\_\_\_\_ лиценце за рад које ми је издала Комора медицинских сестара и здравствених техничара Србије и да сам од стране стручне службе упознат/а да за све лиценце које поседујем морам испунити услове за обнављање сагласно члану 8. Правилника о ближим условима за издавање, обнављање и одузимање лиценце члановима комора здравствених радника.

У Крагујевцу, дана \_\_\_\_\_ 2020. године

Изјаву дао/дала

\_\_\_\_\_  
(својеручни потпис)