



Na temelju članka 9. Statuta Hrvatske komore medicinskih biokemičara

IZJAVA

Ja _____ iz _____,
(ime i prezime) (mjesto)

_____, svojim potpisom na ovoj izjavi dajem izričitu
(adresa)

suglasnost svojem poslodavcu _____
(naziv i sjedište)

da prilikom svakog mjesečnog obračuna moje plaće obračuna i isplati članarinu Hrvatskoj komori medicinskih biokemičara, Zagreb, Eugena Kumičića 5, u iznosu od 15,00 eura (petnaest eura), na poslovni IBAN račun Hrvatske komore medicinskih biokemičara:

Zagrebačka banka: HR962360001101567599

Vlastoručni potpis

U _____,
(mjesto) (datum)

Zaposleni medicinski biokemičari original ove izjave predaju svom poslodavcu, a njezinu presliku dostavljaju Komori.

Ispunjavanjem ovog obrasca dajem svoju suglasnost da Hrvatska komora medicinskih biokemičara, Eugena Kumičića 5, OIB: 65480954328 obrađuje moje podatke koje dajem u ovom obrascu i to u svrhu plaćanja članarine obustavom.

Prikupljene podatke Hrvatska komora medicinskih biokemičara će temeljem zakonske obveze dostavljati nadležnim institucijama i u druge ih svrhe neće dijeliti ni obrađivati.