



ZAHTJEV ZA UČLANJENJE U HRVATSKU KOMORU EDUKACIJSKIH REHABILITATORA

HKER-01

PODACI O UPISU U HKER (UPISUJE KOMORA)			
DATUM UPISA	BROJ UPISA	KLASA I UR. BROJ RJEŠ.	DATUM RJEŠENJA
POTPIS OVLAŠTENE OSOBE:			

VRSTA ČLANSTVA: OBVEZNO DOBROVOLJNO UMIROVLJENIK POČASNI

IME:		
PREZIME:		
OIB:	DRŽAVLJANSTVO:	
DATUM ROĐENJA:		
dan	mj.	godina

ADRESA STANA

ULICA:	KBR:	POŠTANSKI BR.:
MJESTO:	ŽUPANIJA:	
TELEFON:	MOBITEL:	EMAIL:

PODACI O ZAPOSLENJU

NAZIV USTANOVE:	VLASNIK PRIVATNE PRAKSE:	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
ULICA:	KBR:	POŠTANSKI BR.:
MJESTO:	ŽUPANIJA:	
TELEFON:	MOBITEL:	EMAIL:

ZAVRŠENI STUDIJ; STRUČNE I AKADEMSKE KOMPETENCIJE

OZNAČI	PRVOSTU. <input type="checkbox"/> DIPL. SVEUČ. <input type="checkbox"/> POSTDIPL. STRUČ. <input type="checkbox"/> POSTDIPL. SVEUČ. <input type="checkbox"/> DOKTOR. <input type="checkbox"/>				
USTANOVA:	MJESTO:				
BR. ISPRAVE:	DATUM IZDAVANJA:	dan	mj.	godina	
STRUČNI ISPIT:	POLOŽEN <input type="checkbox"/> NIJE POLOŽEN <input type="checkbox"/> OSLOBOĐEN (DIPL. PRIJE 1991.) <input type="checkbox"/>				
BROJ UVJERENJA:	DATUM POLAGANJA:	dan	mj.	godina	MJESTO POLAGANJA:
STRUČNE I AKADEMSKE KOMPETENCIJE:					
ČLANSTVO U DOMAĆIM STRUČNIM UDRUGAMA:					
ČLANSTVO U STRANIIM STRUČNIM UDRUGAMA:					

SUGLASAN/SUGLASNA SAM DA SE MOJI OSOBNI PODACI (ŠTO UKLJUČUJE OIB I JMBG) SUKLADNO ODREDBAMA ZAKONA O ZAŠTITI OSOBNIH PODATAKA MOGU PRIKUPLJATI, OBRADIVATI I ČUVATI KOD HKER.

Datum:

Vlastoručni potpis



ZAHTJEV ZA UPIS U IMENIK MAGISTARA EDUKACIJSKE REHABILITACIJE KOJI OBAVLJAJU PRIVATNU PRAKSU

HKER-02

PODACI O UPISU U IMENIK (UPISUJE KOMORA)			
DATUM UPISA	BROJ UPISA	KLASA I UR. BROJ RJEŠ.	DATUM RJEŠENJA
POTPIS OVLAŠTENE OSOBE:			

IME:	
PREZIME:	
OIB:	BR. UPISA:

PODACI O PRIVATNOJ PRAKSI

NAZIV USTANOVE:			
OIB:			
DJELATNOST PRIVATNE PRAKSE			
RJEŠENJE O OSNIVANJU	DATUM:		
RJEŠENJE O PRESTANKU	DATUM:		
ULICA:	KBR:	POŠTANSKI BR.:	
MJESTO:	ŽUPANIJA:		
TELEFON:	MOBITEL:	EMAIL:	
NADLEŽ. URED	HZMO:	HZZO:	PU:

SUGLASAN/SUGLASNA SAM DA SE MOJI OSOBNI PODACI (ŠTO UKLJUČUJE OIB I JMBG) SUKLADNO ODREDBAMA ZAKONA O ZAŠTITI OSOBNIH PODATAKA MOGU PRIKUPLJATI, OBRADIVATI I ČUVATI KOD HKER.

Datum:

Vlastoručni potpis



SUGLASNOST

IME I PREZIME ČLANA KOMORE _____

OIB: _____

Zakon o edukacijsko-rehabilitacijskoj djelatnosti (NN 124/11), članak 31.

Članovi Komore obvezni su uredno plaćati članarinu i podmirivati druge obveze prema Komori.

1. SUGLASAN/NA SAM DA SE POČEVŠI OD GODINE PRILIKOM OBRAČUNA MOJE PLAĆE, OBRAČUNA I DO 15. U MJESECU NA ŽIRO RAČUN HRVATSKE KOMORE EDUKACIJSKIH REHABILITATORA NA IME MJESEČNOG OBROKA ČLANARINE UPLATI 50,00 (SLOVIMA: pedeset) KUNA.
2. SUGLASAN/NA SAM DA ĆU OSOBNO UPLAĆIVATI OD GODINE DO 15. U MJESECU NA ŽIRO RAČUN HRVATSKE KOMORE EDUKACIJSKIH REHABILITATORA NA IME MJESEČNOG OBROKA ČLANARINE UPLATI 50,00 (SLOVIMA: pedeset) KUNA.
3. KAO MAGISTAR EDUKACIJSKE REHABILITACIJE KOJI OBAVLJA PRIVATNU PRAKSU SUGLASAN/NA SAM I UPLAĆIVAT ĆU MJESEČNE OBROKE ČLANARINE HRVATSKOJ KOMORI EDUKACIJSKIH REHABILITATORA U IZNOSU OD 75,00 KUNA.
4. UMIROVLJENIK SAM I SUGLASAN/NA SAM DA ĆU OPĆOM UPLATNICOM OSOBNO UPLAĆIVATI HRVATSKOJ KOMORI EDUKACIJSKIH REHABILITATORA MJESEČNE OBROKE ČLANARINE U IZNOSU OD 20,00 KUNA.

Molimo zaokružite način uplate članarine.

Vlastoručni potpis člana HKER-a

U _____



Sukladno članku 6. stavku 6. Pravilnika o izdavanju, obnavljanju i oduzimanju odobrenja za samostalan rad edukacijskih rehabilitatora, a u svrhu izdavanja odobrenja za samostalan rad (licence) dajem sljedeću

IZJAVU

IME I PREZIME _____

ADRESA _____

OIB _____

Nisam se ogriješio/la o Kodeks etike edukacijskih rehabilitatora Hrvatske komore edukacijskih rehabilitatora.

(potpis osobe koja je dala izjavu)

U _____

(mjesto i datum)