

Vec: Žiadosť o priznanie zľavneného členského príspevku za rok.....

Meno, priezvisko:..... registračné číslo:.....

Bydlisko:.....

Tel. kontakt:.....e-mail:.....

týmto žiadam

o priznanie zľavneného členského príspevku podľa prílohy č. 4 k Hospodárskemu poriadku Slovenskej komory zubných lekárov:

1) Zamestnanecký pomer (50% zo sumy členského príspevku) žiadateľ predloží

- pracovnú zmluvu alebo potvrdenie od zamestnávateľa
- čestné prehlásenie, že nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a nie je ani odborným zástupcom (garantom)

2) Účast' na špecializačnom štúdiu maxilofaciálna chirurgia a čel'ustná ortopédia (30% zo sumy členského príspevku) žiadateľ predloží:

- potvrdenie z príslušnej lekárskej fakulty
- čestné prehlásenie, že nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a nie je ani odborným zástupcom (garantom)

3) Zamestnanecký pomer na lekárskej fakulte, úväzok najmenej 0,7 (20% zo sumy členského príspevku) žiadateľ predloží:

- potvrdenie o zamestnaní od zamestnávateľa
- čestné prehlásenie, že nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a nie je ani odborným zástupcom (garantom)

4) Udržiavací príspevok (10% zo sumy členského príspevku)

a) z dôvodu trvania materskej a rodičovskej dovolenky viac ako 6 mesiacov v príslušnom kalendárnom roku, žiadateľ predloží :

- potvrdenie zo Sociálnej poisťovne o nástupe na materskú dovolenku (príp. poberaní materského)/potvrdenie z Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny o poberaní rodičovského príspevku
- čestné prehlásenie, že nevykonáva zdravotnícke povolanie a, že nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a nie je ani odborným zástupcom (garantom)

b) z dôvodu pracovnej neschopnosti po dobu viac ako 6 mesiacov v príslušnom kalendárnom roku – žiadateľ predloží:

- potvrdenie o pracovnej neschopnosti na tlačive určenom Sociálnou poisťovňou
- čestné prehlásenie, že nevykonáva zdravotnícke povolanie a, že nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a nie je ani odborným zástupcom (garantom)

c) z dôvodu nezamestnanosti v dĺžke trvania viac ako 6 mesiacov v príslušnom kalendárnom roku – žiadateľ predloží:

- potvrdenie z príslušného úradu sociálnych vecí, práce a rodiny
- čestné prehlásenie, že nevykonáva zdravotnícke povolanie a, že nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a nie je ani odborným zástupcom (garantom)

d) z dôvodu nevykonávania povolania a poberania starobného dôchodku – žiadateľ predloží:

- potvrdenie o poberaní starobného dôchodku
- čestné prehlásenie, že nevykonáva zdravotnícke povolanie a, že nie je poskytovateľom zdravotnej starostlivosti a nie je ani odborným zástupcom (garantom)

e) Iných objektívnych dôvodov –
.....

V dňa

.....
Podpis žiadateľa

* Žiadateľ nevyplňuje

Prezídium Regionálnej komory zubných lekárov

odporúča Prezídiu SKZL: schváliť neschváliť

zľavnený členský príspevok vo výškeeur

Pečiatka a podpis