Налог служби за обрачун личне зараде за плаћање чланарине
САГЛАСНОСТ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА ПОСЛОДАВЦУ

Ја ..... , доле потписани овлашћујем послодавца и дајем налог Служби за обрачун личне зараде да ми се месечно од нето личне зараде одбије **800,00 динара** /словима осам стотина динара/ на име чланарине за Стоматолошку комору Србије и да се новац уплаћује на рачун Стоматолошке коморе Србије број _____ до петнаестог дана у месецу уз обавезну назнаку сврхе уплате: чланарина за СКС и уз позив на број: **идентификациони број (број лиценце)**

Датум _____. _____. 20___. године _____
Потпис подносиоца захтева

::

ПОПУЊАВА ПОСЛОДАВАЦ

ПОТВРДА О ЗАПОСЛЕЊУ ПОДНОСИОЦА ЗАХТЕВА

Назив послодавца _____

Седиште послодавца _____

Телефон послодавца _____ / _____

E-mail адреса послодавца _____@_____

Телефон службе за обрачун зарада _____ / _____

Матични број послодавца _____

Жиро рачун послодавца _____

ПИБ послодавца |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Потврђујемо да је _____

ЈМБГ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| запослен/а на неодређено време од _____ године.

Обавезујемо се да ћемо писаним путем да обавестимо СКС о свакој промени статуса запосленог.
Сагласни смо и прихватамо овлашћење и налог запосленог о усмеравању зараде, те се обавезујемо, да ћемо редовно измиривати обавезу уплате чланарине за СКС до петнаестог у месецу и да ћемо усмеравати део његових примања у висини од 800,00 динара, на рачун СКС .
Овим изјављујемо, под пуном материјалном и кривичном одговорношћу, да су горе наведени подаци истинити, те их као такве потписујемо.

_____
име и презиме

_____ _____