Asociace klinických logopedů České republiky, z.s., Rumunská 1 Praha 120 00

OZNÁMENÍ O NÁROKU NA PLATBU SNÍŽENÉHO ČLENSKÉHO PŘÍSPĚVKU AKL ČR, z.s.

Já, *(jméno a příjmení)* ………….….........................................................................................................

 dat. nar. ............................................................. ID ……………

uplatňuji svůj nárok vyplývající ze Stanov AKL ČR z.s., platit snížený členský příspěvek, splatný k 28.2. každého kalendářního roku, z důvodu čerpání mateřské či rodičovské dovolené k tomuto datu.

Současně prohlašuji, že v období čerpání MD/RD nemám žádné finanční příjmy související s oborem činnosti klinické logopedie.

Beru na vědomí, že jako jednorázový doklad mého nároku může být přijata pouze :
a) kopie potvrzení OSSZ o přiznání soc. podpory, b) příp. kopie rodného listu dítěte nebo c) potvrzení zaměstnavatele o čerpání MD/RD a doklad : a) - b) - c) *(nehodicí se škrtněte)*

jsem  již dodal/a na adresu sekretariátu AKL ČR z.s., v  r. ..................... / dodávám nyní   *(nehodící se škrtněte)*

prostřednictvím :  listovní zásilky České Pošty / emailu se skenem dokladu  *(nehodící se škrtněte).*

Prohlašuji, že při nedohledání výše uvedeného dokladu poskytnu účinnou součinnost a doklad zašlu na požádání (např. sekretariátu, Revizní komise, Rady AKL ČR z.s.) znovu, bez zbytečného odkladu.

Stávající formulář se týká platby členského příspěvku v roce :  2014 - 2015 - 2016
*(vyberte pouze jednu možnost, nehodící se roky škrtněte a pro každý rok zašlete samostatný formulář, protože bude sloužit jako součást podkladů k vyučtování každého roku zvlášť).*

V …………………………………................ dne............

     podpis :

 ...............................................................................................