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

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

Pro rok :………………………………………………………………………..…… z důvodu čerpání MD - RD

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

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

uplatňuji svůj nárok, vyplývající ze Stanov AKL ČR z.s. a z Interních norem, 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 či jsem zaměstnancem v úvazku do výše 0,49 a nejsem zřizovatelem NZZ,

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 nebo d) potvrzení zaměstnavatele o výši úvazku do 0,49.

Doklad : a) - b) - c) – d) *(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.

(*Pro každý rok zašlete samostatný formulář. Doklady stačí zaslat pouze jednou, při prvním oznámení o čerpání souvislé MD).*

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

     podpis : ……………………………………………………………………………….

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